Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens $1^1/_2$ Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 8. — Für Abonnement an Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. — Für Inserate u. Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 6.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. Ranke, München. Dr. v. Rothmund, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№ 50. 1887. 13. December. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8. Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. 34. Jahrgang.

Originalien.

Aus dem allgemeinen Krankenhause zu Bamberg.

Beitrag zur Casuistik der angeborenen Rechtslagerung des Herzens.

Von Dr. *Süssmann.*

Die angeborene Rechtslagerung des Herzens, Dexiocardie oder Dextrocardie, bildet nach Gerhardt[1]) »einen Theil der Lageverwechslung aller Organe (Heterotaxie nach B. S. Schultze) oder nur der Brustorgane, oder es findet sich noch eine Form, die wir hier gleich miterwähnen wollen, normale Lagerung der Brustorgane, also auch des Herzens bei verkehrter der Bauchorgane«.

Während hier Gerhardt eine Rechtslagerung des Herzens ohne gleichzeitige Umkehrung der Lungen (linke Lunge dreilappig, rechte zweilappig, linker Bronchus weiter als rechter) nicht anzunehmen scheint, so erwähnt in einer neuerlichen Publication[2]) Prof. Schrötter in Wien eine angeborene Rechtslage des Herzens für sich allein — also »eine eigentliche Dexiocardie«, und beschreibt einen derartigen Fall, bei welchem er namentlich aus dem stärker hörbaren Exspirationsgeräusch der Lunge rückwärts rechts oben auf normale Verhältnisse der Lungen schliessen kann. Aus den Erörterungen und literarischen Studien von Prof. Schrötter geht hervor, dass eine derartige Dexiocardie zu den seltensten Fällen gehört, und dass eigentlich ausser dem Schrötter'schen Falle nur zwei gleichartige von Mosler bekannt sind. Wegen der hier constatirten Seltenheit wird die Veröffentlichung jedes neuen Falles von Interesse sein. Da ich einen Fall, der hieher zu gehören scheint, durch Herrn Medicinalrath Dr. Roth in Bamberg kennen gelernt und denselben längere Zeit hindurch genau beobachtet habe, will ich im Folgenden eine ausführliche Beschreibung desselben geben.

F. J., Kaufmannslehrling in Bamberg, geboren am 16. Januar 1872, giebt an, dass sein Vater, der Zuschneider in einer Schäftefabrik gewesen, vor einem Jahre an Herzschlag gestorben sei; seine Mutter lebe und sei gesund. Von seinen 5 Geschwistern leben noch drei und seien ebenfalls gesund, während eine Schwester im Alter von 4 Jahren an »Drüsen im Unterleibe«, ein Bruder durch Verschlucken eines Schuhnagels gestorben sei. Er selbst sei früher oft krank gewesen, am meisten jedoch habe er mit Nasenbluten zu thun gehabt. Nach Aussage seiner Mutter sei er bis $1^1/_2$ Jahren gestillt worden, habe als Kind von 2 Jahren eine Lungen- und Brustfellentzündung zu überstehen gehabt, die 14 Tage gedauert habe; dann sei er bis zu seinem 12. Jahre stets gesund gewesen. In diesem Alter habe er manchmal Blut gehustet; er sei Nachts oft aufgewacht, es sei ihm gewesen als wenn er ersticken müsste; dann habe er entweder Nasenbluten bekommen, oder aber das Blut habe sich aus dem Munde entleert; wenn sich das Blut entleert gehabt hätte, dann sei ihm immer wieder viel besser gewesen. Am 19. März dieses Jahres sei er Nachts krank geworden, er habe sich erbrechen müssen, welches Erbrechen mit starken, stechenden Schmerzen im Unterleibe verbunden gewesen sei; er habe einen Arzt rufen lassen, welcher eine Unterleibsentzündung diagnosticirte, die ungefähr 3 Wochen gedauert habe. F. giebt ferner an, dass er schon in seiner frühesten Jugend Herzklopfen gehabt, aber immer, wie er sagt, auf der rechten nie auf der linken Seite der Brust. Früher habe er auch sehr schlecht geschlafen: das Blut sei ihm gegen den Kopf gestiegen, der Athem sei ihm ausgeblieben, er habe ein Gefühl gehabt, als wie wenn er ersticken müsste; seit er aber im Geschäfte sei, (seit $1^1/_4$ Jahren) sei ihm viel besser; das Herzklopfen lasse nach, ebenso der Blutandrang gegen den Kopf und er erfreue sich jetzt eines ganz gesunden Schlafes. Früher habe er auch viel Stechen in der rechten Seite gehabt, welches zwar jetzt auch noch hie und da sich bemerkbar mache, aber doch nicht mehr in der Weise wie früher. Der Appetit sei früher ganz gering gewesen, jetzt aber ganz gut.

F. ist ein für sein Alter hochgewachsener Mensch, jedoch sehr schwach gebaut und ziemlich engbrüstig.

Die Augen sind gross und glänzend, die Musculatur ist wenig entwickelt, Fettpolster gering. An den Lippen ist leichte Cyanose zu bemerken; an der Wirbelsäule eine leichte Skoliose mit der Convexität nach links. Der linke Hode steht etwas tiefer als der rechte.

Bei der Inspection scheint die linke Thoraxhälfte mehr vorgewölbt als die rechte. Der Spitzenstoss ist im rechten 5. Intercostalraum nicht ganz 3 cm vor der Brustwarze sichtbar und fühlbar; derselbe ist jedoch noch in dem darüber liegenden Intercostalraum zu fühlen. Im Epigastrium ist eine den Finger hebende, das Zwerchfell breit hervorwölbende Erschütterung fühlbar. Wenn man am linken Sternalrand herabpercutirt, kommt man auf keine Herzdämpfung; am unteren Rand der 6. Rippe beginnt eine Dämpfung, die als Leberdämpfung angesprochen werden muss; sie reicht vom unteren Rande der 6. Rippe abwärts $7^1/_2$ cm bis ins Abdomen. Bei der Percussion des Sternums kommt man auch erst am Ansatz der 6. Rippe auf eine Dämpfung. Am rechten Sternalrand dagegen beginnt am unteren Rande der 4. Rippe absolute Dämpfung. Bei tiefer Inspiration wird dann der Schall unterhalb des unteren Randes der 4. Rippe einen Querfinger breit hell.

Die rechte Grenze der Herzdämpfung ist genau 3 cm nach innen von der Brustwarze; nach unten geht die Herzdämpfung vollständig in die Leberdämpfung über. Die linke Grenze der Herzdämpfung ist genau der rechten Sternalrand.

Bei Linkslage des Patienten verschiebt sich das Herz ungefähr $1^1/_2$ cm nach links; der Spitzenstoss ist dann gleichfalls nicht mehr da zu fühlen, wo er war, (in der Parasternallinie) ist jedoch als Erschütterung unter den ganz eng aneinander liegenden Rippenknorpeln zu fühlen.

Bei Rechtslage des Patienten lässt sich ebenfalls eine Verschiebung nach rechts constatiren; der Spitzenstoss ist sehr breit, im 6. rechten Intercostalraum, aber jetzt ausserhalb der Brustwarze fühlbar.

Was die auscultatorischen Verhältnisse des Herzens anbe-

[1]) Lehrbuch der Percussion und Auscultation 1883. S. 311.

[2]) Berliner klinische Wochenschrift 1887. Nr. 25.

langt, so hört man links vom unteren Theile des Sternums zwei Töne, ebenso rechts; allein die Töne rechts sind viel stärker, als die, die links gehört werden. Der erste Kammerton rechts vom Sternum ist sehr unrein, beide Töne jedoch stark; der erste Ton links vom Sternum nicht ganz rein, der zweite ziemlich scharf und stärker, als der zweite rechts vom Sternum gehörte Ton; die ersten Töne an der Basis des Herzens sind ziemlich stark. Der zweite Ton, der im 2. rechten Intercostalraum gehört wird, ist stärker, als der, den man im 2. linken Intercostalraume hört. Der Puls ist weich.

Was die percussorischen und auscultatorischen Verhältnisse der Lungen anbelangt, so ist überall innerhalb der normalen Grenzen normaler voller Lungenschall nachzuweisen, der über den entsprechenden Stellen beider Lungen gleichmässig ist; nur in der Fossa supraspinata linkerseits aussen ist der Schall etwas leerer als rechts.

Das vesiculäre Athmen ist links vorne stärker als rechts, namentlich das Exspirium. Links hinten oben ist das Exspirationsgeräusch entschieden stärker und schärfer als rechts; unterhalb der Spina scapulae ist inspiratorisches Knattern zu hören. Bei forcirter Athmung ist rechts hinten oben und links hinten oben bronchiale Exspiration, links stärker als rechts. Auch die hinteren Lungenränder, links wie rechts, sind vollständig verschiebbar.

Was nun die Lebergrösse anbelangt, so sind die Maasse für die Höhe folgende: In der Sternallinie 8 cm; in der rechten Papillarlinie 9 cm; in der rechten vorderen Axillarlinie 8 cm; in der hinteren Axillarlinie 6 cm; in der Scapularlinie 6 cm.

Die Milz ist links nachweisbar, jedoch nicht vergrössert.

Das Abdomen ist etwas stark aufgetrieben, die Aorta abdominalis nicht zu fühlen.

Die Messung des Thorax ergiebt mit dem Bandmaass: über dem Knorpel der 6. Rippe 72 cm; über der Brustwarze 82 cm; über der unteren Grenze der Achselhöhle 82 cm.

Die linke Thoraxhälfte misst über dem Knorpel der 6. Rippe $35^1/_2$ cm; die rechte über demselben Punkte $36^1/_2$ cm.

Ueber der Brustwarze ergeben die Maasse links $38^1/_2$ cm, rechts $42^1/_2$ cm; über der unteren Grenze der Achselhöhle links 40 cm, rechts $42^1/_2$ cm.

Mit dem Tasterzirkel 1 cm vom Schwertfortsatz bis zum 11. Brustwirbel 17 cm; von der Höhe der Brustwarze (am Sternum gemessen) bis zur unteren Grenze des 7. Brustwirbels 16 cm; von der Höhe der unteren Grenze der Achselhöhle bis zum unteren Rande des 6. Brustwirbels 14 cm.

Die Cyrtometermessungen ergaben keine merklichen Differenzen.

Am Magen und Darm sind keine Veränderungen nachweisbar.

(Schluss folgt.)

Aus der chirurgischen Klinik des Geheimrath v. Bergmann in Berlin.

Bericht über die in der v. Bergmann'schen Klinik zu Berlin von Herbst 1882 bis Mai 1887 primär operirten Fälle von Brustkrebs.

Von Dr. *Joseph Rotter* in München, ehem. Assistenten der Klinik.

(Schluss.)

Wenn ich nun diese 5 kurz nach und in Folge der Operation gestorbenen Patientinnen und noch weitere 2, über deren ferneres Schicksal keine Nachricht einging, von der Gesammtzahl 114 abziehe, so verbleiben 107 Fälle für die Berechnung der Endresultate, betreffend Recidive und Heilungen, übrig.

Von den Recidiven bieten die sogenannten »localen« — in unseren Fällen also die in der Gegend der Brustnarbe und in der Achselhöhle entstandenen — ein besonderes praktisches Interesse, weil sie uns anzeigen, wo bei der Exstirpation Krebskeime zurückgelassen wurden. — Fast regelmässig nahm das Recidiv die Gegend der amputirten Brustdrüse — 30 mal unter 34 Fällen — ein und combinirte sich später 12 mal mit Wucherungen in der Supra- und Infra-Claviculargegend, welche 6 mal in die Achselhöhle hinunterwuchsen und 6 mal mit secundären Knoten in der Mamma der anderen Seite. — Nur ein einziges Mal fand sich das Recidiv in der Achselhöhle allein. Dieses Resultat liefert neuerdings einen Beweis für die Nothwendigkeit der Ausräumung der Achselhöhle. Ehedem liess man letztere, wenn bei der Betastung keine indurirten Drüsen durchgefühlt werden konnten, uneröffnet und erlebte bei diesen relativ günstigen, frühzeitig der Operation unterworfenen Fällen fast regelmässig eine Wiederkehr des Leidens in der Axilla, so v. Volkmann nach der Sprengel'schen Statistik unter 12 Fällen 7 mal, — und Küster unter 15 Fällen 13 mal. Hiegegen hat letzterer, seitdem er regelmässig und methodisch die Achselhöhle ausräumte, nach der neuerdings von Schmidt[3]) ausgearbeiteten Statistik bei 95 Patienten nur einmal ein Recidiv in der Axilla beobachtet. Diese Zahlen rechtfertigen die These, dass ein Operateur, welcher heutzutage eine Mamma wegen Carcinom amputirt, ohne die Achselhöhle auszuräumen, einen groben Fehler begeht.

Ich möchte das Capitel der localen Recidive nicht verlassen, ohne einer interessanten Beobachtung zu gedenken. Die Patientin Nr. 43 der Eichel'schen Tabellen wurde nach der primären Operation wegen eines kleinen wenig secernirendes Geschwüres in der Brustnarbe noch einige Zeit ambulant behandelt und acquirirte um die Granulationsfläche herum ein vulgäres Eczem. Im Verlauf desselben entwickelte sich aus einer grossen Anzahl der zum Theil noch nässenden, zum Theil mit Borken bedeckten Bläschen kleine harte Knötchen, welche in sehr kurzer Zeit — in etwa 14 Tagen — einen typischen disseminirten Hautkrebs darstellten. Es erinnert diese Beobachtung in ihrer ätiologischen Seite an den Paraffinkrebs v. Volkmann's, an die Leucoplacia linguae mit ihren Uebergängen in Carcinom und an den Paget'schen Brustkrebs, wovon sich auch zwei Fälle in meiner Statistik befinden.

Schliesslich sei noch auf die Häufigkeit hingewiesen, mit welcher Recidivknoten in der Mamma der anderen Seite aufgetreten sind — 6 mal unter 35 —. Da dieselben regelmässig mit einem Localrecidiv combinirt waren, so sind sie zweifellos durch Infection entstanden. Solche Beobachtungen weisen darauf hin, dass das (scheinbar) gleichzeitige Auftreten eines Carcinoms in beiden Mammae häufig durch Ansteckung der einen durch die andere hervorgerufen sein dürfte. Dass die Organrecidive v. Volkmann's ihre Berechtigung haben, stelle ich nicht in Zweifel, indess muss uns die Thatsache, dass sich Localrecidive bei Krebs, wenn auch recht selten noch nach mehr als 3 Jahren einstellen, in der Beurtheilung vorsichtig machen.

Ausser diesen 30 Fällen mit Localrecidiven sind 5 Fälle mit nur regionären und 8 dem Sitz nach ungenau bezeichnete Recidiven in meiner Statistik enthalten. — Zu diesen

43 Patientinnen, welche von localen und regionären Recidiven befallen waren, — von denen 31 schon gestorben sind und 12 noch leben, — zähle ich noch hiezu

12 Patientinnen, welche ohne locales und regionäres Recidiv an inneren Metastasen gestorben sind — 5 davon unter Hirnerscheinungen — und

18 Patientinnen, über welche nur das Ableben ohne nähere Todesursache mitgetheilt wurde, — und erhalte so

73 Patientinnen für die Gruppe der Recidiverkrankten, welche jedenfalls eher zu hoch als zu niedrig berechnet ist.

Es verbleiben von den 107 Fällen somit 34 für die letzte Gruppe der vom Krebs Geheilten übrig. — Dieselben sind alle gleich von der primären Operation ab recidivfrei geblieben, bis auf eine Patientin, deren Heilungszeit von einer vor zwei Monaten stattgehabten Recidivoperation datirt. Es wird damit

[3]) Schmidt, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 26 Heft 1 u. 2. 1887.

die aus früheren Statistiken schon abgeleitete Thatsache bestätigt, dass nach einer Mammaamputation die Prognose durch ein Recidiv sich ungemein verschlechtert, denn wenn auch dasselbe leicht und anscheinend gründlich exstirpirt werden kann, lässt doch gewöhnlich ein neues Recidiv nicht lange auf sich warten, welches dann einen definitiven Erfolg kaum mehr erhoffen lässt.

Nach dem Vorgange von v. Volkmann werde ich die Recidivfreien in relativ und definitiv Geheilte eintheilen. Die Gefahr des Auftretens eines Recidivs ist bekanntlich in den ersten 6 Monaten bei weitem am grössten, nimmt dann rasch ab und erweist sich nach 2 Jahren als recht gering. Ein erneutes Wachsthum nach Verlauf von 3 Jahren ist nicht ganz ausgeschlossen, kommt aber im Ganzen sehr selten vor. In unserer Statistik ist kein Fall vorhanden, der nach 3jähriger recidivfreier Zeit noch einmal von neuen localen oder regionären Wucherungen befallen worden wäre. Daraus ergiebt sich die Berechtigung, solche Patienten, welche 3 Jahre und mehr von einem Recidiv verschont geblieben sind, als definitiv Geheilte zu betrachten, während wir die übrigen Patienten mit einer kürzeren recidivfreien Zeit als relativ Geheilte bezeichnen.

Relativ geheilt sind von den 34 Fällen 21 und zwar sind seit der Operation verflossen:

bei 5 Patientinnen 1—6 Monat
» 7 » 6—12 »
» 4 » 1—2 Jahre
» 5 » 2—3 » (bei 2 von diesen 5 Patientinnen 2 Jahr 10 Monate)
21

Es bleiben schliesslich noch 13 Fälle übrig, bei welchen seit der primären Operation mehr als 3 Jahr recidivfreier Zeit verflossen ist und zwar bei 8 Patientinnen 3—4 Jahr
» 5 » 4—4½ »
13

Diese letzteren sind also als definitiv geheilte zu betrachten.

In der Zeit vom Herbst 1882 bis Ende Mai 1884, aus welcher diese 13 Fälle stammen, sind im Ganzen 43 primäre Mamma-Amputationen ausgeführt worden, 3 davon sind kurze Zeit nach der Operation gestorben, mithin verbleiben zur Berechnung der procentarischen Häufigkeit der Wiederkehr resp. des Ausbleibens der Recidive 40 Fälle, von welchen 13 = 32,3 Proc. definitiv geheilt blieben. Das sind die günstigsten Resultate, welche bisher bei der operativen Behandlung der Brustdrüsenkrebse gewonnen worden sind.

Winiwarter[4]) erhielt nur . . . . 5,5 Proc.
Henry[5]) (Breslauer chirurg. Universitätsklinik) 8,8 »
Oldekop[6]) (Kieler chirurg. Universitätsklinik) 11,5 »
definitive Heilungen.

Ihre Zusammenstellungen reichen indess weit in die vorantiseptische Zeit hinein, enthalten also ein bezüglich der Behandlung sehr ungleichwerthiges Material.[7])

Sprengel's[8]) Statistik aus der v. Volkmann'schen Klinik bringt aus den Jahren 1874—77 92 Brustdrüsenamputationen, von denen höchstens 12 ohne Achselhöhlenausräumung ausgeführt wurden. Von diesen 92 Frauen sind 8 kurze Zeit nach der Operation gestorben, von 84 zur Berechnung übrig bleibenden Fällen wurden 15 = 17,8 Proc. definitiv geheilt. Hier sehen wir schon einen grossen Fortschritt in der Besserung der Resultate, herbeigeführt durch ein gründlicheres Operationsverfahren. — Noch günstiger sind die Zahlen aus Küster's Krankenhaus, welche zuletzt von Dr. H. Schmidt[9]) veröffentlicht wurden. Auf 93 Fälle kamen 20 definitive Heilungen = 21,5 Proc.

Diesen Zusammenstellungen gegenüber bringe ich aus der v. Bergmann'schen Klinik die hohe Zahl von 32,3 Proc. definitiver Heilungen bei, womit wieder ein bedeutender Vorsprung gewonnen wird, der seine Erklärung in verschiedenen Punkten findet.

Ich habe zum ersten Male in einer Statistik nur solche Fälle verwerthet, bei denen mit der Amputation der ganzen Mamma regelmässig die Ausräumung der Achselhöhle ausgeführt worden ist. Ferner ist der Zeitraum, aus welchem die definitiven Heilungen entnommen sind, ein relativ kurzer von 2½ Jahren (Herbst 1882 bis Mai 1884), während Sprengel den Zeitraum von 3 Jahren (1874—1877) und Küster-Schmidt von 1870 bis 1882 benützte. Endlich will ich nicht unerwähnt lassen, dass die folgenden Jahrgänge vom Mai 1884—1887 meiner Statistik jetzt schon ein weniger gutes Resultat aufweisen, von 67 Patienten sind 21 = 31,3 Proc. geheilt geblieben.

Dieser scheinbare Rückgang findet aber seine natürliche Erklärung darin, dass in den letzten Jahren die Grenzen für die Operabilität eines Mammacarcinoms wesentlich weiter hinaus geschoben worden sind. Mit der zunehmenden Sicherheit in der antiseptischen Wundbehandluug steigt die Kühnheit des Chirurgen, und so wurde in den letzten Jahren häufig versucht, Kranke mit weit vorgeschrittenem, ehedem für inoperabel gehaltenen Brustdrüsenkrebs noch durch die Operation zu retten. Beginnende Dissemination, Verwachsungen der Achseltumoren, geringe Induration der Supraclaviculardrüsen hielten uns nicht ab, noch eine radicale Exstirpation zu wagen. Und es ist nicht zu viel gewagt worden, denn keine dieser Kranken ist Dank der raschen Blutstillung und strengen Antisepsis dem oft gewaltigen Eingriff erlegen. Sie haben sich von der Operation erholt und wenn sich ein Recidiv einstellte — was freilich der gewöhnliche Fall war — sich für längere Zeit in dem Gedanken glücklich gefühlt, von ihrem vernichtenden Leiden befreit zu sein.

Am Schluss drängt es mich, an dieser Stelle das zu wiederholen, was beinahe alle Autoren, die dieses Feld bebauten, hervorgehoben haben.

Wir werden um so eher im Stande sein, die Patientinnen von einem Carcinoma mammae definitiv zu befreien, je frühzeitiger der Fall operirt wird. In seinem Beginn, so lange noch keine Achseldrüsen geschwollen sind, ist freilich der Krebs der Brustdrüse oft schwer von anderen unschuldigen Tumoren zu unterscheiden. Aber besser ist es, eine benigne Geschwulst zu viel, als eine maligne zu wenig zu exstirpiren. Daher operire man auch jeden krebsverdächtigen Tumor, und versäume auch dann niemals die Achselhöhle auszuräumen. Dabei darf man sich nicht damit begnügen, stumpf die eine oder andere Drüse herauszugraben — wie es heutzutage noch oft von nicht Fachchirurgen, welche mit ungenügender Assistenz operiren, geschieht — sondern man muss das ganze Fettbindegewebe der Achselhöhle in toto mit dem Messer herausschälen, so dass Gefässe und begrenzende Muskeln wie präparirt daliegen.

Wenn diesen Grundsätzen von der Allgemeinheit der Aerzte Rechnung getragen wird, — wenn ein krebsverdächtiger Tumor nie mehr mit Salben und Umschlägen, sondern von Anfang an nach rein chirurgischen Grundsätzen behandelt wird, dann können wir hoffen, von den zahlreichen unglücklichen an Brustdrüsenkrebs leidenden Frauen nicht wie bisher in dem günstigsten Falle etwa ein Drittel sondern noch weit mehr definitiv zu heilen.

[4]) Winiwarter, Beiträge zur Statistik der Carcinoma. 1878, Stuttgart.

[5]) Henry, Dissertation, Breslau 1879.

[6]) Oldekop, Archiv für klinische Chirurgie. Band XXIV.

[7]) Zudem sind die Geheilten zur Gesammtzahl der Operirten im Verhältniss gesetzt worden.

[8]) Sprengel, Archiv für klinische Chirurgie. Bd. XXVII.

[9]) Schmidt, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 26. Heft 1 und 2, 1887 und Küster, Archiv für klinische Chirurgie XXIX. 1883.

Aus der medicinischen Klinik des Herrn Prof. Riegel in Giessen.

Ueber chronische continuirliche Magensaftsecretion.

Von Dr. *G. Honigmann*, Assistenzarzt.

(Schluss.)

Was nun den Zusammenhang der Einzelerscheinungen betrifft, die bei dem Krankheitsbilde zu beobachten sind, so lassen sich die subjectiven Beschwerden ganz zwanglos als Folgezustände der drei Hauptsymptome: continuirliche Secretion, verminderte Resorption und Magenectasie, begreifen; dahin gehören die Appetitstörungen, der vermehrte Durst, das saure Aufstossen, das Druckgefühl, das Erbrechen und die spontanen Schmerzen. Auch das Zusammentreffen mit dem Magengeschwür lässt sich leicht erklären, nachdem vor Allem von Riegel der Nachweis erbracht worden ist, dass bei jedem Ulcus rot. eine Vermehrung der Magensaftsecretion zu constatiren ist. Besteht einmal eine Hyperacidität, so findet jedes durch eine Läsion der Magenschleimhaut gesetzte Trauma für seine Heilung in dem starken HCl-Gehalt des Magensaftes einen Widerstand, und gestaltet sich so leicht zum runden chronischen Magengeschwür. Um wie viel leichter noch bei einer continuirlichen Saftsecretion, wo der Reiz ganz ununterbrochen auf die Wunde wirkt und die Vernarbung erschwert. Es ist daher für das Zustandekommen eines Magengeschwüres bei jeder Hypersecretion die grösste Wahrscheinlichkeit vorhanden, keineswegs ist es aber ein integrirendes Symptom derselben; denn es gibt, wie gesagt, auch eine grosse Zahl Fälle, die ohne Ulcus verlaufen oder wenigstens davon lange Zeit frei bleiben. Dieser letztere Umstand ist jedoch von grosser Bedeutung für die Auffassung, bezw. Erklärung der sogut wie stets mit der continuirlichen Secretion einhergehenden Magenectasie. Man war bisher zu leicht geneigt, solche Fälle mit sicher bestehendem oder früherem Geschwür und Ectasie damit zu erklären, dass das Ulcus durch seine Vernarbung eine Pylorusstenose und damit secundär eine Ectasie nach sich gezogen habe. Noch in letzter Zeit hat Gerhardt[21]) von dieser Anschauung ausgehend den Vorschlag gemacht, Fälle von Magenerweiterung bei sicherem Ulcus einfach als Pylorusstenose aufzufassen und auch so zu bezeichnen. Es muss jedoch dabei bedacht werden, dass die Ulcera ja noch an jeder anderen Stelle des Magens sitzen können und die Ectasie eben so oft ohne Ulcus vorkommt, resp. oft schon lange besteht und erst später eine Magenblutung und andere Zeichen von Geschwür auftreten. Da die Ectasie so gut wie stets, nach unseren Beobachtungen sogar immer bei einer Hypersecretion sich vorfindet, ist es gewiss am Richtigsten, das Wesentliche dieser Erkrankung, nämlich die continuirliche Magensaftsecretion für das Primäre zu halten. Durch die permanente Anwesenheit sauren Mageninhaltes, dessen Acidität noch durch den Reiz jeglichen Ingestums erhöht werden muss, wird das amylolytische Stadium der Magenverdauung, während dessen die im Munde begonnene Diastasirung der Stärke normal fortgesetzt werden soll, unmöglich gemacht; die Amylaceen bleiben unverdaut im Magen, der, wie man annehmen muss, unverdaute Massen nicht auszutreiben im Stande ist. Dazu kommt der Nachlass der resorbirenden Thätigkeit des Magens, welcher die Verminderung der in ihm aufgespeicherten Flüssigkeitsmengen verhindert, und möglicherweise noch ein durch den vermehrten Säurereiz zur Zeit der gesteigerten Acidität ausgelöster krampfhafter Pylorusschluss. Auf diese Weise wird der Magen abnorm belastet und stellt an seine Musculatur die Anforderung, durch Vermehrung der Anstrengung, den gesteigerten Ansprüchen gerecht zu werden. Wie bei allen anderen musculären Organen, wird auch hier der Leistungsfähigkeit des Muskels schliesslich ein Ziel gesetzt, die Arbeitsenergie und Elasticität erschöpft sich, es kommt zur Erschlaffung und Ausdehnung, welche allmählich die höchsten Grade annehmen und damit wieder die Verdauung beeinträchtigen muss. So erfüllt sich hier, was schon Cohnheim als geradezu charakteristisch für die Magenpathologie hervorhob, dass ein und dasselbe Moment in so vielfacher Beziehung die Verdauungsvorgänge stören kann. Die Einzelheiten dieses physiologisch ungemein interessanten Vorganges sind in ihrem genetischen Verlauf noch nicht genügend studirt, um mit aller Sicherheit festzustehen; das aber, was aus der Erkenntniss der Hypersecretion mit Sicherheit hervorgeht und therapeutisch ganz besonderen Werth besitzt, ist der Umstand, dass nicht eine Verengerung des Pförtners der einzig mögliche Grund für eine Ectasie ist, sondern in überwiegender Mehrzahl die Secretions- und Resorptionsanomalie, welche sich alsbald mit einer motorischen Störung verknüpfen muss. Wie schwer diese Thatsache gerade gegenüber der Frage einer operativen Therapie in's Gewicht fällt, leuchtet ein, wenn man Publicationen über Magenresection und ihre Indicationen, die von chirurgischer Seite veröffentlicht sind, überblickt.

Es ist das unbestreitbare Verdienst Riegel's, diese Thatsachen zwanglos in dem richtigen Lichte zuerst dargestellt zu haben und wenn auch noch nicht alle Glieder dieser Kette von Erscheinungen für unser logisches und physiologisches Bedürfniss klar genug beleuchtet sind, so ist doch damit die Einheitlichkeit der Phänomene im Grossen und Ganzen nachgewiesen. Im Gegensatz hierzu befinden sich entschieden die von Jaworski aufgestellten Theorien, welche das Verhältniss zwischen Ulcus, Ectasie und Hypersecretion in schwer lösbarer Weise verwirren. Jaworski[22]) nimmt einmal an, dass die »katarrhalische Affection des Magens« sich in fünf Stadien abspiele. Aus der einfachen »Hyperaciditas digestiva transitoria« (unsere Hyperacidität) entwickele sich ein »permanenter Reizzustand« (Hyperaciditas continua simplex), aus diesem wiederum 3) der höchste Reizzustand »Gastrorrhoë« mit anatomischen Veränderungen (??), »das bekannte Bild des Magenkatarrhs und zwar des sauren!« Dieser führe unmittelbar zum Ulcus und auf der Höhe des Krankheitszustandes erfolge die Blutung! Dann kommt es 4) zum Nachlass des Reizzustandes und 5) zum mucösen Katarrh mit Drüsenatrophie, (der übrigens, wie an einer anderen Stelle gesagt ist, zum Carcinom disponirt!) Von keinem Falle hat der Autor jedoch einen überzeugenden Nachweis der Aufeinanderfolge dieser »Stadien« erbracht. Zur Ectasie nimmt J. nun folgende Stellungen. Einmal[23]) hält er das Vorhandensein eines ulcerösen Processes für genügend, um Ectasie dabei als Folge einer Pylorusstenose anzusehen; ja, giebt sogar eine solche als diagnostisches Hauptmoment für die Beurtheilung eines Ulcus an, zweitens[24]) nimmt er an, dass die Ectasie sich durch ein Fortschreiten des Processes, der erst die Magenschleimhaut alterirt, auf die Muskelschicht entwickle; dass also die Ectasie die Folge der Hypersecretion ist, was er übrigens in demselben Athem »idiopathische« Ectasie nennt, 3) dass[25]) sich in Folge der Ectasie und der damit verbundenen mechanischen Insufficienz eine permanente HCl-Hypersecretion etablirt[26]); hier wäre also die Ectasie die Ursache der Hypersecretion! Die Ectasie ist demnach einmal die Folge, das andere Mal die Ur-

[21]) Gesellschaft der Charité-Aerzte in Berlin. Berliner klinische Wochenschrift 1886, Nr. 36.

[22]) Münchener med. Wochenschrift 1887, 7 u. 8.

[23]) Zeitschrift für klin. Medicin. Bd. XI. (J. und Glucinsky), ferner Deutsche med. Wochenschrift 1886, 47—49 (J. u. Korzcynski).

[24]) Wiener med. Presse 1886, Nr. 52. Vgl. Wiener med. Wochenschrift. 49. 1887. sqq.

[25]) Münchener med. Wochenschrift l. c.

[26]) Dieser Ansicht scheint im Uebrigen auch Rosenbach zu huldigen. (Centralblatt für klin. Medicin. 1887 Nr. 32. Zur Diagnostik des Carcinoms) allerdings nur aus theoretischen Gründen, ohne wirkliche Beweise dafür zu erbringen.

sache der Hypersecretion, bei Ulcus kann sie nur als Folge von Pylorusstenose entstehen, Ulcus wiederum ist unmittelbare Folge des »exacerbirten sauren Katarrhs«. Ob eine derartige Auffassung dazu beitragen kann, Klarheit über die obwaltenden Verhältnisse zu verbreiten, erscheint etwas zweifelhaft. Zudem halten wir es nicht für sehr vortheilhaft gewählt, den alten, zum Glück für die Magenpathologie, endlich verlassenen Begriff des »chronischen Magenkatarrhs« wieder hervorzuholen, in ihn die neuen Befunde mit einem gezwungenen Schematismus hinein zu schachteln, und diesen wiederum anatomische Veränderungen zu substituiren, für deren Vorhandensein trotz der von Jaworski mikroscopirten ausgerissenen Schleimhautstückchen noch gar kein Beweis gegeben ist. Es ist nach unserer Anschauung überhaupt nicht sehr wahrscheinlich, dass die pathologische Anatomie und Histologie viel Aufschluss über derartige functionelle Störungen wie die continuirliche Secretion des Magens eine ist, geben wird und kann. Das eigentliche Wesen derselben, die Ursache ihrer Entstehung sind heute aber noch in völliges Dunkel gehüllt, um so mehr als sich in der ganzen Pathologie dafür kein richtiges Analogon findet, auch nicht in der sogenannten paralytischen Secretion der Speicheldrüsen und des Pankreas. Es ist darum müssig, heutzutage darüber Theorien aufzustellen, solange dieselben keine experimentellen Grundlagen besitzen. Die Ernährung (reizende Speisen, Zwiebeln und Häringe bei Polen und Israeliten nach Jaworski) dafür verantwortlich zu machen, erscheint uns auch wenig zutreffend, wenn es auch andererseits nicht geleugnet werden kann, dass bei einmal bestehender Störung unzweckmässige (besonders Amylaceen-) Nahrung der weiteren Entwickelung Vorschub leistet. Ueber verschiedene Entwickelungsstadien lässt sich daher auch nichts sagen, als dass es Formen gibt, die alle Symptome noch nicht sehr ausgesprochen enthalten und bei denen es daher annehmbar erscheint, dass weniger Magensaft als in den ausgesprochenen Formen geliefert wird. Ob dies auf einer quantitativ noch geringeren Betheiligung der Schleimhaut oder einer qualitativ noch wenig ausgebildeten Störung beruht, lässt sich zur Zeit eben nicht beurtheilen. Dies sind die Formen, die man als Uebergänge zwischen Hyperacidität und Hypersecretion auffassen könnte, weil sich bei ihnen stets die erste, die letzte aber noch nicht regelmässig und weniger intensiv zeigt.

Für die Behandlung sind durch die richtige Auffassung der Symptome die maassgebenden Gesichtspunkte gegeben. — Da es kein Mittel giebt, um der continuirlichen Secretion Einhalt zu thun, so muss man sich damit begnügen, die Beschwerden zu lindern und dem Verfall des Ernährungszustandes vorzubeugen, d. h. den Patienten unter Nahrungsbedingungen zu setzen, denen sein Magen zu genügen im Stande ist.

Das letztere erreicht man dadurch, dass man ihm nur solche Speisen reicht, die er verdauen kann und ferner, dass man die nicht verdauten als unnöthigen, den Magen belastenden Ballast entfernt. Der Küchenzettel des Hypersecretionskranken muss daher ähnlich dem des Diabetikers vornehmlich Albuminate und Leimstoffe enthalten und die Amylaceen möglichst vermeiden. Hierbei werden sich natürlich in der Privatpraxis die mannichfachsten Modificationen anbringen lassen. Man wird gut thun, nicht allzu häufig die Mahlzeiten zu geben, da jede erneute Einfuhr eine Vermehrung der HCl-Secretion nach sich ziehen muss. Also stets grössere Ruhepausen zwischen den einzelnen Mahlzeiten.

Die Amylaceen vollständig aufzugeben, ist schon darum nicht rathsam, weil ein absoluter Kohlehydrathunger von dem Organismus auf die Dauer nicht ertragen wird. Man lässt sie daher in einer Form nehmen, in der sie der Speichelwirkung im Munde leicht zugänglich sind und ermahnt den Patienten, den Bissen recht sorgfältig im Munde zu verarbeiten. Am besten eignet sich dazu ein geleeartig verkochter Tapiocamilchbrei. Oder man giebt die Kohlehydrate bereits als Zucker in der Form von gekochtem Obst (Aepfelbrei, gekochte Birnen). Um der für diese Nahrung widrigen Wirkung der Säure vorzubeugen, sucht man dieselben vorher durch Darreichung alkalischer Mittel abzustumpfen, bezw. zu neutralisiren, am geeignetsten durch Karlsbader Salz oder Quellwasser. Die zweite Bedingung wird durch die Ausspülung erfüllt. Ueber die Zeit derselben ist bereits viel discutirt worden. Am zweckmässigsten wird es immer sein, diese vor der Abendmahlzeit, also 6—7 Stunden nach der Hauptmahlzeit auszuführen und dabei den Magen gründlich rein zu waschen. Was bis dahin nicht verdaut ist, wird, zumal wenn das Abendessen noch hinzukommt, auch später nicht mehr verdaut. Ist dagegen der Magen leer, so bewältigt er ein zweckmässiges Abendbrod rasch und hat während der Nacht eine mehrstündige Ruhepause. In manchen Fällen, bei grossen Ectasien mit starken Schmerzen, wird es ab und zu freilich nöthig werden, den Magen zweimal zu entleeren, da die Menge des reichlichen Secretes eine zu grosse ist und zuviel quälende Beschwerden verursacht; dann wird die Ausspülung das erste Mal Morgens nüchtern, das zweite Mal zur gewöhnlichen Zeit vollführt; oft wird es sich auch dort empfehlen, eine tüchtige Portion Na. bicarb. noch in den leeren Magen nachzuspülen. Bei grossen Ectasien empfiehlt es sich auch als verdauungsförderndes Moment den faradischen Strom zu gebrauchen; am besten in der Zeit von 5—6 Stunden nach dem Essen $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde lang. In leichten Fällen wird die tägliche therapeutische Ausspülung entbehrlich werden können. Das Tagesschema für die Behandlung wäre daher: Früh Karlsbader Salz oder Brunnen, nach $^1/_2$ Stunde Tapiocamilchbrei, eventuell ein Zwieback, zum zweiten Frühstück nach 3 Stunden eine leichte Leim- oder Eiweissspeise (gesottene Eier, Kalbsfüsse, etc.), Mittags Suppe (ev. mit irgend einem leichten Amylaceenbrei), eine grosse Portion gebratenen Fleisches, Geflügels oder Wild, vielleicht noch etwas Obst. Dann Pause bis zur Ausspülung. Nach dieser am besten eine leichte Amylaceennahrung und etwas später noch ein Paar Eier, Schinken oder dergleichen. Die Flüssigkeitszufuhr muss natürlich nach Möglichkeit beschränkt werden.

Bei dieser Behandlung wird in den meisten Fällen der Ernährungszustand sich sehr bald heben, wenigstens haben wir auf der Klinik damit stets sehr eclatante Gewichtszunahmen constatiren können. Auch das subjective Wohlbefinden wird dabei fast immer bald gehoben werden und die Schmerzen nur sehr gering auftreten, grösstentheils sogar ganz verschwinden. Der Durst wird am besten durch häufiges Mundausspülen, Eispillenschlucken, eventuell auch durch kleine Gaben Opium (Pulv. Doveri) bekämpft. Schlechtem Appetite ist oft am schwersten beizukommen, am besten hat sich gegen diesen bisher noch das Vinum Condurango bewährt.

Sollten trotz dieser diätetischer Behandlung Schmerzen dennoch auftreten, so sind besonders wenn sie mit saurem Aufstossen verbunden sind, alkalische Mittel, am besten kleine Gaben Natr. bicarb. anzuwenden, denen bei grosser Hartnäckigkeit der Schmerzen noch kleinste Dosen Morphium beigefügt werden können. Gegenüber den Nachts auftretenden Schmerzen, die gewöhnlich mit der im Magen eingetretenen Leere zusammenfallen, empfiehlt es sich auch den Magen zu »beschäftigen«. Durch Darreichung eines hartgekochten Eies werden die Schmerzen manchmal mit einem Schlage coupirt.

Finden sich Erscheinungen von Ulcus, besonders bei der Ausspülung Kaffeesatz im Mageninhalt, so ist das Ulcus nach bekannten Regeln zu behandeln und vor der Hand die Ausspülungen zu sistiren. Die Ulcusbehandlung muss dann natür-

lich von vornherein eine sehr alkalisirende sein, um dem perniciösen Einflus der Magensäure entgegenzuwirken.

Dies sind im Wesentlichen die Grundzüge der Behandlung, die im Einzelfalle natürlich zweckmässig variirt und modificirt werden müssen. Eine völlige Würdigung aller Momente hierbei erscheint uns jedoch in jedem Falle nur dann möglich, wenn das ganze Krankheitsbild auch theoretisch in der richtigen Weise aufgefasst wird, wie es zuerst von Riegel erklärt und auch für die Behandlung hingestellt worden ist.

Zum Schluss erlaube ich mir noch Herrn Prof. Riegel für seine freundliche Unterstützung bei dieser Publication meinen besten Dank zu sagen.

Berichtigung. In voriger Nummer ist auf Seite 973, Zeile 29 von unten statt »beobachtet« zu lesen: »beurtheilt«.

Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1886.

(Fortsetzung.)

Was die Impfmethoden betrifft, so wurde mit Rücksicht auf den Umstand, dass der animalen Lymphe der Ruf geringerer Haftbarkeit vorausging, die bisherige Stichmethode, wie sie mit so grossem Erfolge bei der Impfung mit humanisirter Lymphe geübt wurde, grossentheils verlassen und dem Rathe erfahrener Impfärzte gemäss die Schnittmethode in die Impfung eingeführt, wobei bald der einfache sagittale Schnitt oder Querschnitt, bald der Kreuzschnitt, bald der sagittale mit mehrfacher Kreuzung durch Querschnitte, bald der gekreuzte Parallelschnitt und endlich auch der gitterförmig angelegte Schnitt nach Protze's Methode zur Anwendung kam. In allen Impfbezirken, aus denen eine nähere Beschreibung der Impfmethode eingelaufen ist, wurde mit Recht Werth auf die starke Anspannung der Haut des zu impfenden Oberarmes gelegt, und meist wurde nach der Application der Impfschnitte die an der Lancette noch anhaftende Lymphe mehr oder weniger stark in die Impfstellen mit der Fläche der Impflancette eingerieben.

In den meisten Bezirken wurde darauf geachtet, dass die geimpften Kinder nicht gleich nach der Impfung wieder bekleidet wurden, damit der Stoff eintrocknen könnte, und in einzelnen Bezirken wurden sogar seitens der Behörde dahin zielende Bekanntmachungen erlassen; so z. B. erliess der Magistrat der Stadt Eichstädt vor der öffentlichen Impfung auf bezirksärztlichen Antrag sehr praktische Bestimmungen und Winke in Bezug auf das Verhalten der zu impfenden Kinder. In anderen Bezirken wurden die Mütter von den Impfärzten ausdrücklich auf die neue Art der Impfung und auf die geringere Haftbarkeit der Thierlymphe aufmerksam gemacht und ihnen die geeigneten Verhaltungsmaassregeln mündlich angerathen.

Ueber den Werth der Impfstiche und Impfschnitte bei der Impfung mit animaler Lymphe liegt eine Beobachtung des Bezirksarztes Dr. Röder in Würzburg vor. Derselbe impfte am 29. April 346 Erstimpflinge mit Münchener Lymphe in der Weise, dass auf dem rechten Arme je drei Schnittchen von 2—3 mm Länge, auf dem linken je drei Stiche von 1—2 mm Grösse angelegt wurden. Der gesammte Erfolg war bei zwei Fehlimpfungen 1525 Pusteln oder 4,4 Pusteln im Durchschnitt (99,4 Proc. pers. Erfolg). Von den angelegten 1032 Stichen erhielt Dr. Röder 498 Pusteln = 48,2 Proc., während von den angelegten 1038 Schnittchen 1027 Pusteln erzielt wurden, d. h. 98,9 Proc. Schnitterfolg. Daraus dürfte hervorgehen, dass den Schnittchen vor den Stichen der Vorzug der Sicherheit nicht abzusprechen ist.

Desinfectionsmethoden kamen im Berichtjahre bei aller Vorsicht in der Handhabung der zur Impfung dienenden Geräthe und Instrumente nur an wenigen Orten zur Anwendung. Man begnügte sich fast allgemein mit der sorgfältigen trockenen Abreibung der Impflancette nach jeder Impfung. Zur Abtrocknung dienten bald reine Handtücher, bald Bruns'sche Wolle, in einzelnen Fällen auch Salicyl- und Carbolwatte. Nirgends scheint so energisch desinficirt worden zu sein, dass das Resultat der Impfung dadurch ungünstig beeinflusst wurde. Privatgeimpfte Kinder wurden vom Bezirksarzte in Neustadt a/H., nachdem die Impfschnitte eingetrocknet waren, an den Impfstellen mit Salicylwatte und Gazebinden verbunden. Am Controltage wurde der Verband entfernt und über den schön entwickelten Pusteln erneuert. Der zweite Verband blieb 14 Tage liegen. Die Heilung erfolgte in allen so behandelten Fällen sehr schnell und nahm einen schönen Verlauf.

Da der Impfung mit animaler Lymphe im Falle ihrer Wirksamkeit der Ruf stärkerer Reaction vorausging, als jene war, welche bei der Impfung mit humanisirter Lymphe beobachtet zu werden pflegte, so wurde von vielen Impfärzten die Zahl der Impfstellen reducirt, und beschränkten sich die Aerzte besonders bei schwächlichen Kindern, sowie bei solchen, welche im Berichtjahre geboren waren, vielfach auf die Anlegung von drei Impfstellen auf jedem Arme, um die Reaction nicht allzu bedeutend werden zu lassen. In den Fällen, wo bei Anlegung von Kreuz- und Gitterschnitten animale Lymphe von grosser Virulenz zur Anwendung kam, wurde von manchen Impfärzten eine grössere Pustelzahl beobachtet, als Impfstellen vorhanden waren. Aber auch bei den einfachen Sagittalschnitten kam es nicht selten vor, dass aus einem etwas länger gerathenen Schnitte zwei gesonderte Pusteln aus den Schnittenden hervorspriessten, was der Impfstelle ein hantelförmiges Aussehen gab. Es war dann wohl der Schnitt in der Mitte etwas seichter ausgefallen als an den Enden.

Was die wichtige Frage des Werthes der animalen gegenüber der humanisirten Lymphe anlangt, so finden sich in fast allen Berichten so gleichlautende Urtheile, dass es mit Leichtigkeit gelingt, im Referate hierüber diese Frage mit einigen Fundamentalsätzen zu beantworten.

Diese Hauptsätze lauten: Im Ganzen gebührt der humanisirten Lymphe, von Arm zu Arm verimpft, vor der animalen der Vorzug in Bezug auf die leichte Haftbarkeit derselben. Doch lässt auf der anderen Seite die geringere Verantwortlichkeit des Impfarztes und der Wegfall der grossen Schwierigkeiten und viel beklagten Unannehmlichkeiten bei Beschaffung der humanisirten Lymphe die geringere Haftbarkeit der Thierlymphe leicht vergessen.

Diese beiden Hauptsätze werden von den öffentlichen Impfärzten des Königreiches mit seltener Einmüthigkeit ausgesprochen, und sie entsprechen vollständig den auch anderwärts mit der Thierlymphe gemachten Erfahrungen. Daraus geht unmittelbar hervor, dass sowohl die Zahlen der personellen Erfolge im Durchschnitt hinter den Erfolgen früherer Jahre, in denen ausschliesslich mit humanisirter Lymphe geimpft wurde, zurückblieben, als auch die durchschnittlichen Pustelzahlen bei den einzelnen Individuen. Wie aber mit Thierlymphe mehr Fehlimpfungen erhalten wurden, so kamen auch nicht unbeträchtlich mehr Fälle von einer Blatter zur Beobachtung. In allen diesen Fällen wurde, wie in früheren Jahren, die Autorevaccination vorgenommen, aber bei derselben im Ganzen nicht viel bessere Erfolge erzielt. Jedenfalls blieb die humanisirte Lymphe da, wo sie wegen negativen oder geringfügigen Erfolges der animalen Lymphe nachgeimpft werden musste, weit hinter ihrer gewöhnlichen Wirkung zurück, die sie in den Fällen entfaltete, wo sie ohne vorausgegangene animale Lymphe verimpft worden war. Der Impfarzt von Donauwörth sah selbst nach Ablauf von zwei Monaten von der wiederholten Impfung mit humanisirter Lymphe keinen besseren Erfolg. Diese mehrfach gemachte Beobachtung wird von einigen Impfärzten dahin gedeutet, dass die Impfung mit animaler Lymphe, auch wo sie keinen oder nur unbedeutenden Erfolg hat, doch auf eine Zeit lang eine gewisse Schutzkraft gegen die erneute Einführung selbst sehr wirksamen Giftes herstellt. Anders verhält sich nach der Erfahrung der Impfärzte die humanisirte Lymphe. Bei mit Menschenlymphe erfolglos Geimpften schlug eine Wiederimpfung in der Regel gut an.

Die animale Lymphe war im Berichtjahre charakterisirt durch eine auffallende Ungleichheit ihrer Virulenz, und kam diese Eigenschaft nicht allein der Münchener Lymphe, sondern auch den Lymphesorten zu, welche aus den verschiedensten Impfinstituten Deutschlands bezogen wurden. Während z. B. der

Impfarzt des Bezirkes Nürnberg mit dem am 30. Mai erhaltenen Impfstoff das seltene Resultat erzielte, dass bei allen 158 Erstimpflingen sämmtliche Impfstellen angingen — das Resultat der Impfung bei den 148 Wiederimpflingen war dementsprechend — wurden zu anderen Zeiten und an anderen Orten wieder Massenfehlimpfungen beobachtet.

Würde man die mit der Münchener Lymphe im Berichtjahre erzielten Erfolge graphisch darstellen, so erhielte man eine Curve mit zwei Gipfeln, zwischen denen sich, dem Monat Juni des Jahres 1886 entsprechend, ein tiefes Thal befindet, welchem eine ganze Anzahl von Fehlimpfungen in einer Reihe von Impfbezirken des Königreiches entspricht.

Es ist zu erwähnen, dass eine, die Wirksamkeit der animalen Lymphe im laufenden Jahre darstellende Curve eine auffallend ähnliche Figur zeigt, um die Ueberzeugung wachzurufen, dass in Bezug auf die Constanz der Wirksamkeit der Thierlymphe noch manche Fragen der Erledigung harren.

Jedenfalls ist unter gewissen Umständen die Haftbarkeit der Thierlymphe vorerst noch eine sehr veränderliche, eine Charakteristik, welche vorläufig als ein dritter Hauptsatz hingestellt werden kann. Hoffentlich wird man in nicht zu ferner Zeit dahin kommen, der animalen Lymphe diese fatale Eigenschaft zu nehmen.

Viele Impfärzte glaubten, die schwache Wirksamkeit einiger Lymphesendungen, ob mit Recht oder Unrecht, mag dahingestellt bleiben, in der Sommerhitze begründet sehen zu müssen. Aus vielen Impfbezirken wird berichtet, dass die Erfolge bei schwächlichen und auch bei sehr jungen Kindern durchschnittlich denen nachstanden, welche bei kräftigen und älteren Kindern erzielt wurden.

Was die Wiederimpfung betrifft, so wurden mit der animalen Lymphe fast allgemein bessere Erfolge erzielt als bei der Erstimpfung. Dieser Umstand erklärt sich nicht allein durch die Thatsache, dass bei der Wiederimpfung eine geringere Reaction der Impfstellen, also Bläschen- und Knötchen-Bildung, zum gesetzlichen Begriffe der erfolgreichen Impfung hinreicht, sondern auch unzweifelhaft durch den Umstand, dass die Application der animalen Lymphe bei älteren, also verständigeren, Kindern leichter und genauer vorgenommen werden kann als bei den unruhigeren Erstimpflingen.

Im Grossen und Ganzen nahm das Impfgeschäft im Berichtjahre einen glatten und geregelten Verlauf. Die Impfung mit animaler Lymphe hat sich in den Städten viele Freunde gewonnen, während die Landbevölkerung der Neuerung mit mehr oder weniger Gleichgiltigkeit gegenüber zu stehen scheint, da die Bevölkerung auf dem Lande die Bedeutung der neuen Methode nicht voll zu würdigen weiss. Trotzdem wird sie sich auch bei der Landbevölkerung ohne Schwierigkeit einbürgern, wenngleich nicht geleugnet werden soll, dass Fehlimpfungen und das damit verbundene abermalige Erscheinen zum Controltermine auf dem Lande viel unangenehmer empfunden werden und da und dort einen mehr minder grossen Aufwand von Beschwichtigungsreden erfordern wird.

Wo wirksame Thierlymphe zur Verwendung kam, waren die Impfärzte geradezu begeistert von der leichten und bequemen Handhabung der Lymphe, sowie von der Abnahme der Verantwortlichkeit, welche der Arzt bei der Durchführung der öffentlichen Schutzpockenimpfung sonst zu tragen hatte. Wie in früheren Jahren, hielt man sich auch im Berichtjahre durchgehends bei der Wahl der Impfstationen innerhalb der im Reichsimpfgesetze vom 8. April 1874 begrenzten Entfernungen.

Privatimpfungen fanden im Berichtjahre im Ganzen 9893 statt, nämlich 9011 Erstimpfungen und 882 Wiederimpfungen. Sie vertheilen sich auf die verschiedenen Regierungsbezirke, wie folgt.

Es fanden statt:

in Oberbayern	2394	Erst-	und 126	Wiederimpfungen
in Niederbayern	798	»	» —*	»
in der Pfalz	738	»	» 73	»
in der Oberpfalz	270	»	» 48	»
in Oberfranken	708	»	» 420	»
in Mittelfranken	1741	Erst-	und 47	Wiederimpfungen
in Unterfranken	764	»	» 109	»
in Schwaben	1598	»	» 59	»

* (Ohne Ausscheidung der Wiederimpfungen).

Die überwiegende Anzahl aller Privatimpfungen fällt naturgemäss auf die Städte; so ist die Haupt- und Residenzstadt München daran mit nicht weniger als 1965 Privatimpfungen betheiligt. Unter den Privatimpfungen finden sich Fehlerfolge verzeichnet in 304 Fällen, nämlich in 187 Fällen von Erstimpfung und 117 Fällen von Wiederimpfung. Die Gesammtsumme der Fehlimpfungen stellt einen Procentsatz von 3 Proc. aller privat Geimpften dar.

Was den muthmasslichen Grund der Impfversäumnisse, welche im Königreiche zur Beobachtung kamen, anlangt, so ist über absichtliches Fernbleiben von der gesetzlichen Schutzpockenimpfung Weniges zu berichten.

Aus dem Kreise Oberbayern kam kein einziger Fall von Widerstand gegen die Impfung zur Meldung. Aus Niederbayern werden vier Fälle von absichtlichem Fernbleiben von der Impfung mitgetheilt, von denen sich ein Kind in Landshut bereits zum vierten Male der Impfung ohne Angabe eines Grundes entzieht. Aus der Pfalz wird ein Fall von dem Impfarzte von Kaiserslautern gemeldet, aus Mittelfranken ebenfalls ein einzelner Fall, aus Unterfranken sechs Fälle, aus Schwaben, und zwar aus dem Impfbezirke Neu-Ulm, drei Fälle. In einigen dieser Fälle wurde in gesetzmässiger Weise gegen die Renitenten vorgegangen.

Der hauptsächlichste Grund von Impfversäumnissen war Unachtsamkeit der Eltern und Krankheit der Kinder.

Zu ausserordentlichen Impfungen lag wiederholt Veranlassung vor, so in Neustadt im Impfbezirke Abensberg. Im Amtsbezirke Regen, und zwar im Markte Regen selbst, kamen, wie im Vorjahre, einige Blatternfälle vor; doch wurde zu einer ausserordentlichen Impfung nicht Anlass genommen, weil zur Zeit des Vorkommens der Krankheitsfälle das öffentliche Impfgeschäft im Bezirke Regen nahezu beendigt war. Im Ganzen wurden ausserordentliche Impfungen vorgenommen wegen des Auftretens von Blattern gemäss § 14 der allegirten Verordnung in den Impfbezirken Kelheim, Pfarrkirchen und Vilsbiburg. Wegen eines in Vilsbiburg im December 1885 auftretenden Blatternfalles wurden die Vorimpfungen daselbst schon im Januar des Jahres 1886 begonnen. Ausserordentliche Impfungen werden weiterhin gemeldet aus dem Kreise Oberpfalz, und zwar aus den Impfbezirken Kemnath, Erbendorf, Hemau und Vohenstrauss. In zwei Fällen waren die Blattern nachweislich aus Oesterreich eingeschleppt. Von den anderen zwei Fällen ist eine Ursache nicht verzeichnet. Ausserordentliche Impfungen wurden auch in Bamberg, sowie in Bischofsheim von dem Impfarzte von Neustadt a/S. vorgenommen. In den beiden letzten Fällen erwies sich aber die ursprünglich auf Blattern gestellte Diagnose als irrthümlich, da sich die betreffenden Fälle in der Folge als starke Varicellen entpuppten.

Wenn auch nicht abnorm häufig, so wurde doch hier und da im Berichtjahre der Fortgang des Impfgeschäftes durch das Auftreten von Infectionskrankheiten gestört. Wegen epidemisch auftretenden Masern wurde die Impfung verschoben in Attenhausen und in Wassermungenau. In Mittelfranken, und zwar im Impfbezirke Schnaittach, hatte kurz vor der öffentlichen Impfung eine schwere Masernepidemie den Bezirk durchseucht, was auch auf die Entwickelung der Impfpusteln nicht ohne Wirkung geblieben zu sein scheint, indem die Pusteln oft sehr klein ausfielen und viel langsamer und spärlicher zur Entwicklung kamen als in normalen Zeiten.

Der Keuchhusten war die Ursache, warum im Impfbezirke Neustadt a/H., nämlich in der Gemeinde Hambach, die Vornahme der öffentlichen Impfung sich verspätete. Die zur Zeit des Impftermines noch kranken Kinder wurden auf das Jahr 1887 zurückgestellt. In Kemmern, Impfbezirk Schesslitz in Oberfranken, kam eine ziemlich heftige Diphtherieepidemie vor, wesshalb an diesem Orte die Impfung ausgesetzt werden musste. Ebenso berichtet der Impfarzt von Euerdorf von einer ziemlich malignen Diphtherieepidemie, sowie von vereinzelten Keuchhustenfällen, welche eine Störung in's Impfgeschäft brachten.

Wegen epidemischen Auftretens von Scharlach und Diphtherie musste die Impfung der Kinder verschoben werden in der Gemeinde Mitteleschenbach im Impfbezirke Gunzenhausen. Scharlach allein machte nach dem Berichte des Impfarztes von Greding die Vornahme der Impfung unmöglich in den Gemeinden Röckenhofen und Herrnberg. Die Impfung wird daselbst im Jahre 1887 nachgeholt worden sein. (Schluss folgt.)

Referate u. Bücher-Anzeigen.

M. Affanassieff: Aetiologie und klinische Bacteriologie des Keuchhustens. (Petersburger medicinische Wochenschrift 1887, Nr. 39—42.)

Die Erwartung, welche die beiden Referenten über Aetiologie und Pathogenese des Keuchhustens auf dem Congress für innere Medicin zu Anfang dieses Jahres aussprachen: dass es wohl in nicht allzu langer Zeit den modernen Forschungsmethoden gelingen werde, den Träger dieser Infectionskrankheit zu isoliren und kennen zu lernen, scheint sich in unerwartet kurzer Frist erfüllt zu haben. Prof. Affanassieff, bekannt durch hervorragende Arbeiten auf dem Gebiete der experimentellen Pathologie, beschreibt in den letzten Nummern der Petersburger medicinischen Wochenschrift eine Stäbchenart, die er zuerst in dem Auswurf seiner keuchhustenkranken Kinder und später bei sämmtlichen darauf untersuchten Fällen gefunden und die er für die Erreger der Tussis convulsiva erklärt. Wenn durch vorhergehende desinficirende Ausspülungen des Mundes die Vermengung mit anderen Bacterien nach Möglichkeit ausgeschlossen, trifft man diese Bacterien in dem schleimig-eiterigen Klümpchen, welches am Schlusse des Anfalls ausgeworfen wird, constant und nahezu in Reincultur an. Sie präsentiren sich als schlanke, 0,6—2,2 μ-lange Kurzstäbchen, die meist zu Doppelstäbchen vereinigt, unregelmässige Haufen in den schleimigen Parthien des Auswurfes, besonders reichlich im convulsivischen Stadium der Krankheit bilden. Sie sind lebhaft beweglich und bilden auf Gelatineplatte weisslichgraue, festlassende Colonien, im Reagenzglas eine vorwiegend oberflächliche Ausbreitung. Auf Agar und Kartoffel gedeihen sie vorzüglich, weniger gut auf Blutserum.

Junge Hunde und Katzen, die er zu Thierversuchen benutzte, erkrankten nach Injection einer Culturaufschwemmung in die Lunge oder Trachea an Bronchopneumonie mit Temperatursteigerung und keuchhustenartigen Anfällen, unter welchen Erscheinungen mehrere derselben zu Grunde gingen, andere sich wieder erholten. Die Section zeigte, dass die Bacterien in den bronchopneumonischen Herden, auf der Schleimhaut der Bronchien, der Trachea und sogar der Nase vorhanden waren. Die gleichen Stäbchen wurden in den Leichen zweier an Keuchhusten verstorbener Kinder aus den bronchopneumonischen Stellen, sowie aus dem Schleimbelage der Respirationsschleimhaut in Cultur erhalten; in das Innere der Organe scheinen sie dagegen nicht einzudringen.

Auf Grund dieser Befunde und nach differential-diagnostischer Besprechung aller bisher bekannten ähnlichen Bacterienarten, hält Verfasser sich für berechtigt, in der beschriebenen Stäbchenart den Erreger des Keuchhustens zu erblicken und sie mit dem Namen des Bacillus der Tussis convulsiva zu belegen. Seine ätiologischen Untersuchungen lassen den Gebrauch der seit Langem üblichen Inhalationen und Einspritzungen von antiseptischen Mitteln (Chinin, Carbol, Benzol), sowie der neuerdings von Michel empfohlenen Einblasungen in die Nase (vgl. diese Wochenschrift 1886, S. 396) als durchaus rationell erscheinen, da die auf der Oberfläche der Schleimhaut befindlichen krankheitserregenden Bacterien der Einwirkung derselben direct ausgesetzt sind. Untersuchungen über die specifische Wirksamkeit des einen oder anderen Antisepticums sowie weitere Beiträge zur Biologie der Keuchhustenbacterien stellt Verfasser in Aussicht. Escherich-München.

Bernh. Bardenheuer: Die Resection des Mastdarmes. Sammlung klinischer Vorträge, herausgegeben von Volkmann, Nr. 298. Leipzig 1887.

Bardenheuer behandelt in einem klinischen Vortrage die Resection des Mastdarmes, eine Operation, die bei uns bekanntlich seit Volkmann, Esmarch, Kraske u. A. rasch in Aufnahme kam, die jedoch in England und Frankreich noch lange nicht die ihr gebührende Verbreitung hat. Nach B. sind die Indicationen für die Operation hauptsächlich: 1) Grosse rectovaginale und hohe Rectalfisteln, sofern dieselben auf anderem Wege nicht mehr zu heilen sind, 2) unheilbare Narbenstrictur und am häufigsten 3) das Mastdarmcarcinom und zwar so lange, als der Tumor beweglich und in nicht zu grosser Ausdehnung und Innigkeit mit der Beckenwand verwachsen ist. Verwachsungen mit Blase und Prostata geben keine Contraindication (B. heilte von fünf Fällen drei durch Resection mit Entfernung der Prostata und einem Theil der Blase) und setzt auch die Ausdehnung der Geschwulst nach oben und unten der Indication keine Grenzen. (?) B. betont mit Recht, dass wir zur Operation nicht nur berechtigt, sonder verpflichtet sind, um so mehr, als dieselbe nicht als gefährlich gelten kann (nach B. nur 10 Proc. Mortalität und nach Ausscheidung der schwierigsten Complicationen nur 5 Proc.) und als schon eine grosse Menge von Fällen bekannt, in denen nach 4—11 Jahren kein Recidiv aufgetreten und somit die Operation als eine der dankbarsten auf dem Gebiet der Chirurgie gegen Carcinom anzusehen ist. B's. Resultate sind um so bemerkenswerther, als derselbe in der Auswahl seines Materiales durchaus nicht wählerisch war, u. A. eine 80jährige sehr schwache Frau operirte, oft 20 bis 40 cm Rectum excidirte. In richtiger Würdigung der Hauptgefahren der Sepsis, des Blutverlustes und der Peritonitis sucht B. möglichst blutleer zu operiren, Secretstagnation zu verhüten und betont hauptsächlich die Anlegung eines grossen Medianschnittes, ausgedehnte Querresection des Os sacrum, Erhaltung des Sphincterentheils (wenn möglich), directes Vorgehen auf die hintere Wand des Rectum, stumpfe Durchtrennung des perirectalen Bindegewebes, Ablösung des Peritoneums, Jodoformgazetamponade.

B's. Verfahren gestaltet sich danach bei Resection eines hochgelegenen Rectalabschnittes nach den üblichen Vorbereitungen (Abführmittel, Salicylausspülung, Carbolabwaschung) folgendermassen: Man legt zuerst in der Medianebene einen Schnitt durch Haut und Fascia superfic. vom Anallumen bis Os sacrum u. U. mit gleichzeitiger Durchtrennung des hinteren Theiles des Sphincters, legt dann das Os coccygis und die untere Partie des Sacrum jederseits bloss, durchtrennt die Ligamenta spinoso-sacra und tuberoso-sacralia und mittelst einer Knochenscheere quer das Kreuzbein möglichst hoch (bis in die Nähe des dritten Kreuzbeinloches), was besonders bei engerem Becken (Männer) nöthig, um den Zugang in die Tiefe zu erleichtern, wozu u. A. noch ein Querschnitt vom hinteren Ende des Medialschnittes seitlich geführt werden kann, dann dringt man unter Führung des in den Anus eingeführten Fingers direct auf die hintere Rectalwand vor und trennt dann stumpf mit dem gekrümmten Zeigefinger nach und nach das perirectale Gewebe zuerst unten hinten, dann seitlich und vorn bis zur Nähe des Anus herab und nach oben bis zur Sacralresectionsfläche, wobei man sich zu hüten hat, dass man nicht die äussere Fläche des Lev. ani als das Rectum ansieht und zwischen Levator ani und Obturator sich vorarbeitet oder die Fascia pelvis von der Innenfläche des Levator ani abhebt. Nachdem so der ganze Tumor aus seinen Verwachsungen gelöst, wobei man sich auch besonders vorne genau an die Rectalvorderfläche zu halten hat, um nicht den Ureter mitzufassen, wird unten eine Fadenschlinge umgelegt und herabgezogen, wonach man nach Querdurchtrennung des Rectums peripher von der Schlinge mit den Fingern des Peritoneum vorne u. U. noch stumpf ablösen kann. Lässt sich eine Peritonealverletzung nicht vermeiden, so wird nach nochmaliger Desinficirung und Abschliessung der Peritonealhöhle durch eingeführte Thymolgaze in die Excavatio recto-vesicalis resp. recto-uterina eingegangen, der Tumor gefasst und herabgezogen. Nach der Durchtrennung, die nach B. mindestens 4 cm höher als die obere Tumorgrenze stattfinden solle, wird zuerst Schleimhaut, dann Musc. und Serosa durch je zwei Kürschnernähte miteinander vereinigt und nach gehöriger Desinficirung mit Jodoform tamponirt. Der Verband-

wechsel findet im Allgemeinen erst nach acht Tagen, sonst nur bei Fieber oder peritonitischen Zeichen statt.

Des Ferneren schildert B. seine Methode der Resection bei tiefem Sitze, wobei er einen medialen Schnitt vom Scrotum bis zur hinteren Fläche des Os sacrum führt, mit Simon'schen Hacken die Wunde auseinanderzieht und nach Querschnitt etwa 2 cm oberhalb der Analöffnung durch die Schleimhaut des Rectum, ebenfalls vom hinteren Schnitt vordringend, das Rectum ausschält etc. Auch die Amputatio recti, d. h. die Entfernung des Anus sammt dem unteren Rectumabschnitt mit entsprechendem kreisförmigen Schnitt wird vom hinteren Sphincterenschnitt aus begonnen. Für die Resection der Flexura sigmoidea kann nach B. neben ausgedehnter Resection des Os sacrum eventuell in Verbindung mit lateraler Resection, die Anlegung des Symphyso-inguino-iliacalschnittes und Vordringen bis zur Flexur, Loslösung derselben und Herabnahme des centralen Theiles in die extraperitoneale untere Wundhöhle, wie sich B. an Leichenexperimenten überzeugte, leicht ausgeführt werden.

Es ist wahrscheinlich, dass die Abkürzung der Operationsdauer durch dieses stumpfe Vorgehen resp. Durchreissen der Bindegewebsstränge (B. führt die Operation in 15—30 Minuten aus, die früher Stunden in Anspruch nahm und benöthigt nur 2—4 Ligaturen an Stelle der früheren 50—60) einen wesentlichen Vortheil darstellt, doch schliesst dieses Verfahren immerhin auch manche Gefahren in sich.

Schreiber - Augsburg.

Prof. **Uffelmann** in Rostock: **Ueber die Temperatur unserer Speisen und Getränke.** Wiener Klinik 1887. 9. Heft.

An der Hand der Literatur, namentlich der Arbeiten von Späth [1]) und Kostjurin, wie auch eigener Versuche und Erfahrungen kommt U. zu folgenden Sätzen:

1) Im Allgemeinen ist für den Gesunden eine Temperatur der Nahrung, welche der Bluttemperatur gleich ist oder nahe kommt, als die angemessenste zu bezeichnen. Für den Säugling ist sie die allein zulässige.

2) Für den Genuss durstlöschender Getränke gilt die Regel, dass eine Temperatur von 10°—20° die angemessendste ist.

3) Jede extrem hohe und extrem niedrige Temperatur der Speisen und Getränke kann nachtheilig wirken, umsomehr, je hastiger die betreffenden Substanzen genossen werden.

4) Beabsichtigt man durch die Nahrung oder das Getränk dem Körper Wärme zuzuführen, wie in der kalten Jahreszeit, so lässt sich dies sehr wohl erreichen, wenn man die betreffenden Substanzen nur 10—12° wärmer zu sich nimmt, als die Bluttemperatur ist. Will man dagegen, wie in der warmen Jahreszeit durch Getränke und Nahrung kühlen, so wird man gut daran thun, solche Speisen und Getränke auszuwählen, welche auch bei geringerer Temperatur wohlschmeckend und bekömmlich bleiben. (U. fand als solche: Milch, Buttermilch, Obstsuppen, Kaltschale, Obst, kalten Braten, Gallerten, Schinken, Rauchfleisch, Salat, Brod.)

5) Rascher Wechsel von heissen und kalten Substanzen ist schon aus Rücksicht auf die Zähne zu vermeiden. Der Genuss kalter Speisen, namentlich kalten Wassers mildert die schädliche Wirkung extrem heisser Substanzen auf den Magen, wenn es dem Genusse der letzteren unmittelbar folgt.

Für die Diätetik des kranken Menschen stellt U. folgende Sätze auf:

1) Kaltes Getränk und kalte Speisen setzen die Körpertemperatur, auch die krankhaft erhöhte, herab. Diese Herabsetzung ist dabei als reiner Wärmeverlust aufzufassen.

2) Die Ingestion kalter Substanzen, namentlich kalter Flüssigkeiten, vermag eine gesteigerte Reizbarkeit der Magenschleimhaut herabzusetzen.

3) Kalte Ingesta erhöhen den Tonus des Magens, steigern die Peristaltik desselben und des Darmes, wirken dadurch stuhlbefördernd, unter Umständen (z. B. bei Dysenterie) auch schmerzerregend.

[1]) Vergl. Referat in dieser Wochenschrift 1886. S. 533.

4) Kalte Speisen und kalte Getränke steigern einen etwa vorhandenen Hustenzeiz.

5) Heisse Ingesta können unter Umständen eine geringe Erhöhung der Körpertemperatur zu Wege bringen und können Schleim hervorrufen.

6) Heisse Substanzen und heisse Genussmittel (z. B. Thee) stimuliren in stärkerem Grade als kalte.

7) Heisse Ingesta vermindern wahrscheinlich bei öfter wiederkehrendem Genusse den Tonus des Verdauungsstractus und der Gefässe des Abdomen. Sowohl heisse als warme Ingesta vermögen vorhandenen Hustenzeiz zu mildern.

Im Uebrigen muss auf das Original verwiesen werden, wo noch genaue Angaben über die vortheilhaftesten Temperaturen einzelner Ingesta, so des Trinkwassers (12,5° C.) u. and. gegeben sind. Von besonderem Interesse dürfte vielleicht noch die Ansicht U's. sein, dass ein kalter Trunk auf reflectorischem Wege die Füllung in den Gefässen der Bronchialschleimhaut und der Lunge beeinflussen könne und man darum die Erkrankungen speciell der Lunge nach kaltem Trunke, besonders bei erhitztem Körper, nicht ohne Weiteres in das Bereich der Täuschungen verweisen dürfe, wie dies vielfach geschehen ist und noch geschieht.

May.

Dr. **Hermann Jacubasch: Lungenschwindsucht und Höhenklima.** Beiträge zur Aetiologie und Therapie der Tuberculose. Stuttgart, Enke, 1887. 72 S. 2 M.

Streng auf dem Boden der Infectionslehre stehend, bespricht Verfasser in vorliegender Schrift an der Hand der neueren Literatur eine Reihe von Fragen aus der Schwindsuchtslehre. Wenn man bedenkt, dass Verfasser keine Uebersicht über den heutigen Standpunkt der Tuberculoselehre geben, sondern nur einzelne Punkte, die eine vorwiegend praktische Bedeutung haben, einer näheren Besprechung unterziehen will, so kann man wohl sagen, dass ihm seine Aufgabe recht gut gelungen ist. Nur an einigen Stellen hätten wir eine genauere Berücksichtigung der einschlägigen Literatur gewünscht. So heisst es z. B. von der allgemeinen Miliartuberculose, dass die Entstehung derselben wahrscheinlich auf embolische Vorgänge zurückzuführen ist; die Ponfick'schen Befunde von Tuberculose des Ductus thoracicus und die Weigert'sche Entdeckung der Tuberculose grösserer Venenstämme in Folge von Perforation tuberculöser Lymphdrüsen werden nicht erwähnt. Bei der Besprechung der vererbten und der Genitaltuberculose bleiben die Janyschen Befunde von Tuberkelbacillen in den normalen Hoden und in der normalen Tubenschleimhaut von Lungenschwindsüchtigen unberücksichtigt. Von solchen kleinen Mängeln abgesehen, enthält das Werkchen eine grosse Fülle des Interessanten und Wissenswerthen, so dass seine Lectüre dem Praktiker auf's Beste empfohlen werden kann.

Die beiden ersten Capitel handeln von der Aetiologie und der Pathogenese der Tuberculose. Wenn Verfasser auch die Möglichkeit der directen Vererbung für einzelne Fälle zugiebt, so ist er doch der festen Ansicht, dass die Tuberculose fast ausnahmslos erworben wird.

Unter diejenigen Momente, die bei der Entstehung der Krankheit eine wesentliche Rolle spielen (Bevölkerungsdichtigkeit, sociale Verhältnisse, Luftverschlechterung u. dergl.) rechnet er auch den paralytischen Thorax, der aber nach einer anderen, wahrscheinlicheren Ansicht meist schon als eine Folge der phthisischen Erkrankung zu betrachten ist.

Die verschiedenen Eingangspforten, durch welche die Tuberkelbacillen in den menschlichen Organismus eindringen, werden ausführlich besprochen, besonders wird betont, dass für die Jahre bis zur Pubertät die Infection von der Haut aus ganz bedeutend überwiegt. In Betreff der Heilbarkeit der Lungenschwindsucht befindet sich Verfasser im Wesentlichen in Uebereinstimmung mit dem auf dem letzten Congress für innere Medicin vertretenen Anschauungen. Seine Ansicht, dass die Bildung des Tuberkels als eine Art Abkapselungsvorgang anzusehen ist, dürfte einigen Widersprüchen begegnen.

In dem Capitel »Prophylaxe« betont Verfasser namentlich eine Ueberwachung des Viehstandes, eine Beaufsichtigung

der Fabriken und des gesammten öffentlichen Verkehrs, eine möglichst frühzeitige Trennung schwächlicher Kinder von ihren phthisischen Eltern und eine chirurgische Behandlung der Tuberculose der äusseren Theile. Bei Besprechung der Therapie kommt er nach einer Uebersicht über die geographische Verbreitung der Tuberculose mit besonderer Berücksichtigung der immunen Orte zu dem Schluss, dass die erste und wichtigste Bedingung bei einem Curorte für Schwindsüchtige das absolute Freisein der Luft von Krankheitskeimen ist, neben welcher alle übrigen klimatischen Factoren eine untergeordnete Rolle spielen. Mit Recht betont er, dass die staubige Riviera diesen Anforderungen nicht entspricht, und wie unverständlich es ist, wenn jährlich Tausende von Lungenkranken dorthin geschickt werden. Die Besprechung einiger bisher empfohlener medicamentöser Mittel bildet den Schluss der Arbeit. Krecke.

Benckiser und Hofmeier: Beiträge zur Anatomie des schwangeren und kreissenden Uterus. Stuttgart, F. Enke 1887.

Zur Ergänzung des Schröder'schen Werkes über »der schwangere, kreissende und puerperale Uterus«, sowie zum weiteren Beweise seiner und seiner Schüler Anschauungen, dass der Uterus in allen Phasen seiner physiologischen und pathologischen Thätigkeit aus oberem, unterem Uterinsegment und aus Cervix besteht, haben die Verfasser weitere Ergebnisse ihrer Forschungen über das Verhalten der Cervix uteri und des unteren Uterinsegmentes in der Schwangerschaft und während der Geburt in der vorliegenden, sehr werthvollen Arbeit veröffentlicht.

Der erste von Benckiser bearbeitete Theil veranschaulicht an der Hand von sieben theilweise sehr seltenen und schönen Präparaten die anatomischen Verhältnisse der Cervix und des unteren Uterinsegmentes. Im Gegensatze zur bisherigen Härtungmethode der Uteri in Alcohol etc. wurde zur Erlangung einer möglichst natürlichen Wiedergabe der macroscopischen Verhältnisse, als Dicke der Musculatur, Eihautinsertion u. s. w. die früher schon von P. Müller beschriebene Gefriermethode angewendet. An den sehr interessanten Präparaten hat man reichliche Gelegenheit über die anatomischen Verhältnisse der Cervix und des unteren Segmentes in den verschiedensten Stadien der Schwangerschaft Klarheit zu gewinnen; so stammt ein Uterus aus dem zweiten Monat, zwei Uteri aus dem vierten, einer aus dem sechsten, zwei aus dem zehnten. Als unteres Uterinsegment wird der Theil des corpus uteri bezeichnet, der über dem wahren inneren Muttermund liegt bis zur festen Insertion des Peritoneum. Dieser beim nichtschwangeren Uterus sehr kleine Theil ist beim schwangeren. kreissenden und puerperalen scharf markirt und durch seinen anatomischen Bau vom Cervix und oberen Uterinsegment deutlich abgehoben. Während in den frühesten Monaten gegenüber der übrigen Wand des corpus uteri das untere Segment ein bedeutenderes Dickenwachsthum zeigt, wird dasselbe in der späteren Zeit der Gravidität, mehr noch bei beginnender Wehenthätigkeit in die Länge gedehnt (wie Fall 6 beweist), wodurch zugleich eine Lockerung der Eihautverbindungen und Verdünnung der Decidua bewirkt wird. Das untere Uterinsegment ist mit wahrer Decidua ausgekleidet, wo diese also ist, ist corpus, nicht cervix uteri. Während sämmtliche Präparate diesen Beweis genau erbringen, erscheint derselbe vor Allem schön beim ersten Fall aus dem zweiten Schwangerschaftsmonat. Es reiht sich derselbe als ein Analogon an den von Gottschalk im Archiv für Gynäcologie XXIX, pag. 491 ff. beschriebenen »ein Uterus gravidus der fünften Woche, von der Lebenden entnommen«, an, welcher gleich diesem durch eine wegen Cervixcarcinom ausgeführte Totalexstirpation des Uterus gewonnen wurde. Hier wie dort findet man das beträchtlichste Dickenwachsthum der Uteruswand dicht über der Cervix, während der Fundus uteri die dünnste Stelle bildet. Als oberes Ende der Cervix gilt dabei die Grenze zwischen Cervixschleimhaut und Decidua, welch' letztere in diesem Falle mit der dünnsten Stelle der Cervixwand zusammenfällt. Von hier bis zur festen Insertion des Peritoneum tritt der 2 cm lange Theil scharf als unteres Segment hervor. Dies als oberes Cervixende bezeichnete Ende der Cervicalschleimhaut ist nicht identisch mit dem engen, sich in die Uterushöhle erweiternden Canal, vielmehr bildet die Decidua selbst einen in den Raum zwischen vera und reflexa mündenden Canal, sogen. »Decidualcanal«. Die Decidualgrenze nach unten gegen die Cervixschleimhaut tritt genau am inneren Muttermund auch macroscopisch hervor, wo die Wand der Cervix in die des Uterus mit einer Einschnürung übergeht.

Aber nicht nur in dieser Zeit, wo das Ei die Gebärmutterhöhle noch nicht ganz einnimmt, sondern auch, wo es dieselbe ganz ausfüllt, am Ende der Schwangerschaft ist diese scharfe Grenze der Umwandlung der Uterusschleimhaut in Decidua gegen die Cervixschleimhaut am innern Muttermund deutlich wahrzunehmen am Präparate des 4. Falles, Uterus gravidus mens. X nach Sectio caesarea post mortem. Dieses schon von Winter auf der Naturforscherversammlung 1886 in Berlin demonstrirte ganz eigenartige Präparat, weil der am Ende der Schwangerschaft befindliche, an Gestalt einem puerperalen gleichende Uterus noch nicht gekreisst hat, giebt aber zugleich auch den besten Beweis für die Schröder'sche Lehre, dass die Cervix bis zum Ende der Schwangerschaft als solche erhalten bleibt und die für sie charakteristische Schleimhaut in der Gravidität behält. Zugleich dient dieses Präparat zum Beweise der Behauptung E. Cohn's, nach welcher nur die active Uteruscontraction, die Wehe, im Stande ist die Lösung der Placenta zu bewirken, nicht etwa die Entleerung des Uterus an sich. Dass dieser Uterus noch nicht gekreisst hat, bestätigt hauptsächlich sein unterer Abschnitt, an dem Weheneinwirkung nicht zu constatiren ist. Dass erst die Wehen die Cervix erweitern, lässt das Präparat des 6. Falles, eines Uterus part. mens. X (Tod durch rechtsseitige Uterusruptur in der Eröffnungsperiode durch Hydrocephalus), wo am pathologisch kreissenden Uterus die physiologischen Anschauungen Bestätigung finden, dass die Cervix trotz der sehr starken Dehnung des unteren Uterinsegmentes erhalten ist. Das gleiche Verhältniss ist auch am 7. Präparate, Uterus puerperalis, $3^1/_2$ Stunden post partum, zu finden: die Cervix ist deutlich abzugrenzen, obwohl das untere Uterinsegment sehr verdünnt ist. Auch die mikroskopischen Untersuchungen, im 1. und 4. Falle vollständig einwurfsfrei, bestätigen die makroskopischen Verhältnisse und das Waldeyer'sche Resultat, »dass kein Theil der Cervix in das Bereich der fruchttragenden Uterushöhle einbezogen sei«.

Der II. Abschnitt des Werkes, von Hofmeier geschrieben, handelt gleichsam als Ergänzung zum ersten vom Verhalten des untern Uterinsegmentes bei Placenta praevia, um daraus an der Hand dreier, ebenfalls sehr seltener Präparate die über die Entwicklung dieses Uterusabschnittes gezogenen Schlüsse zu beweisen. Ihnen zufolge sind die Angaben von Bandl, nach welchem sich das untere Uterinsegment in der Art entwickelt, dass »die äusseren mächtigen Schichten der Cervix entstammen, die inneren zweifellos dem Boden des Uterus, auf dem das Ei in der grössten Zeit der Schwangerschaft ruhte«, dass demnach also die Loslösung der Placenta im Bereiche des unteren Segmentes erfolgt, widerlegt, noch mehr die Ansichten Bayer's, der die Möglichkeit der Bildung eines unteren Uterinsegmentes bei Placenta praevia überhaupt verneint. Alle 3 Präparate (2 aus der Berliner Poliklinik, 1 aus der Praxis von Sippel in Frankfurt a/M.) lassen deutlich das untere Uterinsegment und die Entwicklung der Placenta auf demselben erkennen; in 2 Fällen adhärirt die Placenta noch fest, im 3. Falle besteht sogar die ganze Haftfläche aus dem unteren Segment. Hieraus deducirt H. die Unmöglichkeit der Bayer'schen Ansicht, demzufolge die Insertion der Placenta schon in der Cervix stattgefunden haben müsste, wenn aus dieser sich das untere Segment durch Aufrollung derselben entwickelt haben sollte, und formulirt daraus folgende 2 Sätze: »1) es kommt auch bei Placenta praevia centralis zur Bildung eines eventuell sehr stark entwickelten unteren Uterinsegmentes; und 2) die Placenta haftet demselben noch während des Geburtsbeginnes meist wohl an der Seite des grösseren Lappens bis zum oberen Ende des Cervicalcanales fest an.« Aus diesen nicht zu bezweifelnden

Fakta's folgt die Entwickelung des unteren Uterinsegmentes aus Uterus, nicht aus Cervix.

Der 3. ebenfalls von Hofmeier bearbeitete Abschnitt bringt das Resultat der Untersuchungen über die Arteria uterina am schwangeren Uterus. Verfasser verfolgte die Frage der arteriellen Versorgung des unteren Uterinsegmentes durch Präparation der an schwangeren und kreissenden Uteris injicirten Arteriae uterinae, wovon er 10 Fälle aufführt, die das Verhalten der Arteriae uterinae am normalen schwangeren Uterus, am schwangeren Uterus bei Placenta praevia und bei Uterusruptur in Folge von Hydrocephalus, am entbundenen Uterus 2 mal bei Placenta praevia, 1 mal nach einer sehr hochgradigen Dehnung des unteren Segmentes bei engem Becken und 4 mal an ziemlich frischen puerperalen Uteris ergeben. Der Verlauf und die Verzweigung der Arterie sind fast immer gleich und entsprechen denjenigen der Uterinae am nicht schwangeren Uterus, wie sie durch Hyrtl bekannt sind und auch von Bandl bestätigt werden. Der erste grosse Ast zum Uterusgewebe geht erst in der Höhe der festen Anheftung des Peritoneum ab, ein weiterer starker Ast bildet den Gefässbogen zur Arteria spermatica, während häufig ein weiterer grosser über die Uteruskuppe läuft; das untere Uterinsegment selbst scheint unter gewöhnlichen Verhältnissen sehr gefässarm. Wichtig ist dieser Verlauf der Uterina z. B. bei Cervixrissen mit profusen Blutungen, welche leicht durch Uteruscontraction stehen bei hohem Eintritt der Uterina in das Uterusparenchym.

Das Buch ist wie alle bei Enke erscheinenden sehr gut ausgestattet, die Lektüre desselben anziehend; die Abbildungen sind vorzüglich, so dass das Werk auf das Wärmste empfohlen werden muss. J. Kötschau (Köln).

Dr. **Albrecht Erlenmeyer: Die Morphiumsucht und ihre Behandlung.** Dritte vermehrte und verbesserte Auflage. Leipzig 1887.

Diese neue, vorzüglich ausgestattete Auflage des bekannten Buches ist durch einen Anhang von 50 Krankengeschichten wesentlich erweitert worden. Nach einer eingehenden Schilderung der Pathologie der Krankheit, in welchem Capitel die Intoxicationssymptome den Abstinenzsymptomen gegenübergestellt werden, wendet sich Verfasser zur Therapie des Morphinismus; unter Hinweis auf die Nachtheile der allmählichen sowohl, wie der plötzlichen Entziehung, stellt er die von ihm seit Jahren mit gutem Erfolg geübte modificirt langsame, jetzt »schnelle« genannte Methode als das weitaus beste Verfahren hin; je nach der Schwere der Fälle entzieht E. das Morphium in 6—12 Tagen, wobei die grösste Reducirung in den ersten Tagen stattfinden muss. Der plötzlichen Entziehung gegenüber hat die Erlenmeyer'sche Methode den Vortheil, dass sie absolut gefahrlos ist; der allmähligen ist sie desswegen vorzuziehen, weil durch die mit derselben verbundene Isolirung der Kranken die Garantie des Erfolges eine sicherere sei und die Reconvalescenzzeit gegenüber der Entziehungszeit verlängert werde. Sehr energisch tritt E. gegen das vor Kurzem noch so sehr empfohlene Cocain auf; die schädlichen Wirkungen desselben verbieten seine Anwendung bei den Morphiumentziehungskuren für alle Fälle; der Nutzen der Cocaineinspritzungen ist nur ein vorübergehender und der Kranke wird durch dieselben in die Gefahr gebracht, zum Morphiummissbrauch noch den Cocainmissbrauch zu fügen, als dessen verderblichste Folgen E. besonders die schweren Alterationen der Psyche beschreibt.

Von grossem Interesse dürfte auch die Beleuchtung der rechtlichen Fragen sein; hervorgehoben aus diesem Abschnitt des Buches sei nur das Urtheil eines französischen Gerichtes, welches einen Apotheker, welcher leichtsinniger Weise Morphium in unbeschränkter Menge an eine Kranke verabfolgte, nicht nur mit einer Geldbusse und einer Gefängnisshaft bestrafte, sondern demselben auch die gesammten Kurkosten auferlegte, welche dem Ehegatten der Kranken aus deren Anstaltsbehandlung erwuchsen.

Ein ausführliches Literaturverzeichniss, welches nicht nur in einer Aufzählung der sämmtlichen über das Thema handelnden Arbeiten besteht, sondern dieselben zum grössten Theil kritisch referirt, bildet den Schluss des Werkes.

R. v. Hösslin.

Vereinswesen.

Der VI. internationale Congress für Hygiene und Demographie zu Wien 1887.

(Originalbericht.)

(Fortsetzung.)

IV. Section[1]).

Von den ziemlich zahlreichen, in dieser Section verhandelten Thematen, bieten hauptsächlich die folgenden ein allgemeines Interesse:

de Violi-Constantinopel hält einen Vortrag »über Impfung.« Nach längerer Discussion spricht sich die Section einstimmig dafür aus, dass die obligatorische Impfung in allen Staaten eingeführt werde.

Csatáry-Budapest spricht »über die hygienischen Anforderungen der Communicationen zu Land.« Aus den von der Section angenommenen Schlusssätzen ist hervorzuheben, dass Kranke im Allgemeinen, vorzüglich aber an Infectionskrankheiten Leidende in besonderen, zu diesem Zwecke gebauten Wagen und auf keinen Fall in den gewöhnlichen Personenwägen befördert werden sollen (Tuberculose?). Ferner sollen aus Rücksicht für die öffentliche Gesundheit und den Anstand in den Wagen der Strassenbahnen (Tramways) nur so viel Personen zur gleichen Zeit befördert werden, als Sitzplätze in denselben vorhanden sind; daher soll die Aufnahme stehender Passagiere strengstens untersagt werden.

Hamon-Boulogne spricht »über die Verwendung von Bleiröhren zur Wasserversorgung«. Der von der Section angenommene Schlusssatz lautet: »Die Verwendung von Bleiröhren zur Wasserversorgung und zwar zu Trink- und Nutzwasserleitungen ist zu verbieten.«

Van Hamel Roos-Amsterdam spricht »über die Anwendbarkeit von Nickelgeschirren im Haushalte und Schädlichkeit derselben.« Der von der Section angenommene Schlusssatz besagt: »Das absolute Verbot von Nickelgeschirren oder vernickelten Geschirren im Haushalte ist nicht genügend motivirt.«

v. Reuss-Wien hält den angekündigten Vortrag: »In welcher Weise sollen die gesetzlich vorgeschriebenen Augenuntersuchungen an Eisenbahnbediensteten vorgenommen werden?« Nach Schluss der Discussion werden folgende Thesen des Vortragenden angenommen: 1. In jedem Lande ist eine aus Delegirten der Eisenbahndirectionen und aus Augenärzten bestehende Commission zu berufen, welche die Forderungen, die man an das Sehvermögen der Bahnbediensteten zu stellen hat, sowie die Untersuchungsmethoden bestimmt. 2. In jedem Lande ist dafür Sorge zu tragen, dass die richtige Durchführung der Augenuntersuchungen continuirlich überwacht werde.«

Schiavuzzi-Pola hält den angekündigten Vortrag »über Malaria im Allgemeinen und insbesondere in Istrien.« In den von der Section angenommenen Schlusssätzen wird der Wunsch ausgedrückt, dass in allen Ländern von den Aerzten Studien gesammelt werden, welche die Statistik der Malaria klarlegen, und ferner, dass in Malarialändern Institute zur Erforschung dieser Krankheit errichtet werden sollen.

Das letzte Thema der Sectionsverhandlungen betrifft: Bekämpfung des Alcoholismus. Berichterstatter: Flood-Christiania, Borgesius-Haag, Spinola-Berlin, Guillaume-Neufchâtel und Gauster-Wien. Nach Erstattung der Berichte wird sogleich in die Specialdebatte über die aufgestellten Thesen eingegangen, an welcher sich zahlreiche Mitglieder betheiligen. Schliesslich werden die folgenden, von den Referenten vereinbarten Thesen angenommen:

1) Die Schäden des missbräuchlichen Alcoholgenusses sind

[1]) Dieser Section waren vom Organisations-Comité alle diejenigen Themata zugewiesen worden, die erst später angemeldet wurden, so dass über dieselben gedruckte Berichte nicht mehr vorgelegt werden konnten.

in allen Culturstaaten mehr oder weniger vorhanden, und die Folgen desselben sind vornehmlich in Kranken- und Irrenanstalten, Gefangen- und Arbeitshäusern zu finden. Es ist daher eine wichtige Aufgabe der Hygiene, sich an dem Kampfe gegen diese Schädigung des körperlichen, geistigen und sittlichen Lebens und die Gefährdung der Wohlfahrt des Familien- und des Gemeinswesens, sowie gegen ihre Ursachen zu betheiligen.

2) Die Ursachen dieses gemeinschädlichen Uebels sind überall im Wege entsprechend zusammengestellter Enquêten zu ermitteln und ihnen von Seite des Staates und der Gesellschaft gemeinsam entgegenzutreten.

3) Die private Thätigkeit kann diesen Zweck fördern durch Belehrung und Aufklärung über Werth und Schädlichkeit des Alcohols (Mässigkeits- und Enthaltsamkeitsvereine) und Beschaffung billiger und wohlthätiger Ersatzmittel für spirituöse Getränke (Volks-Kaffee, Theehäuser, in welchen jedes geistige Getränke ausgeschlossen ist); durch Begünstigung aller Einrichtungen zur Aufbesserung der Lage der ärmeren Bevölkerungsschichten (Beschaffung gesunder und billiger Nahrungsmittel und Arbeiterwohnungen, Volksküchen, Sparcassen etc.); durch Errichtung von Anstalten zum Versuche der Heilung Trunksüchtiger (Trinker-Asyle).

4) Der Staat kann wesentlich wirken: durch Vertheuerung des zum Consum gelangenden Branntweins (hohe Besteuerung) und mässige Besteuerung der minder alcoholhaltigen Getränke, durch Verminderung der Branntweinverkaufsstellen (strenger Bedürfnissnachweis), Festsetzung der Polizeistunde, durch wirksame Beaufsichtigung der Schankstellen und Sorge für Reinheit des zum Genusse bestimmten Branntweines (Entfuselung); durch Bestrafung der Schankwirthe, welche die Trunksucht irgendwie begünstigen; durch Bestrafung der öffentlichen Trunkenheit; durch zwangsweise Unterbringung der Gewohnheitstrinker in eigens eingerichteten staatlichen Anstalten.

5) Es ist anzustreben, dass die in öffentlichen Krankenhäusern und Irrenanstalten behandelten und zur Entlassung kommenden Alcoholisten noch eine Zeitlang in einer besonderen zu diesem Zwecke errichteten Abtheilung verbleiben können, damit sie, körperlich und geistig gekräftigt, gegen den Alcoholreiz widerstandsfähiger werden.

Ein ausgiebiger Erfolg der Bekämpfung des Alcoholismus ist nur zu erwarten, wenn alle nothwendigen Maassnahmen gleichzeitig, ausdauernd und genau ineinandergreifend zur Anwendung kommen.

Die 5. Section des Congresses war ausschliesslich der Behandlung demographischer Themata gewidmet, von deren Berichterstattung hier, da sie den eigentlich ärztlichen Aufgaben fern liegen, Abstand genommen werden muss.

---

60. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte

zu Wiesbaden. vom 18.—24. September.

(Fortsetzung.)

Aus der Section für Ophthalmologie.

Herr **Horstmann** (Berlin): **Ueber recidivirende Blasenbildung auf der Cornea.**

Herr H. beobachtete bei einer 40jährigen sonst vollständig gesunden Friseurin das Auftreten einer etwa linsengrossen Blase im Centrum der Cornea. Die Patientin führte die Affection auf eine Verletzung mit einem abgesprungenen Haare zurück. Es bestand Thränen, pericorneale Injection und Schmerzen in der Supraorbitalgegend. Die Blase platzte und nach zwei Tagen war nicht mehr die geringste Abnormität zu finden. Nach drei Wochen trat wieder Blasenbildung auf demselben Auge ein. Cocaineinträufelung verminderte etwas die Schmerzen, alle anderen Mittel waren ohne Erfolg. Auch der Druckverband linderte die Schmerzhaftigkeit nicht. Dieser Zustand trat darauf noch acht Mal auf, jedoch begann er jetzt immer mit Schmerzen in der Supraorbitalgegend, die Stirnhaut war schwach geschwollen. Das Schmerzgefühl localisirte sich besonders längs des Verlaufs des Nervus supraorbitalis. Nach Application des constanten Stromes, welcher etwa sechs Wochen lang angewandt wurde, kehrte die Bläschenbildung nicht mehr zurück. Horstmann fasst die Affection als eine Neurose, entsprechend dem Herpes zoster frontalis auf. Seit etwa 3/4 Jahren ist kein Recidiv mehr beobachtet worden.

Herr **Becker** (Heidelberg): **Ueber Exenteratio und Enucleatio.**

Der Vortragende theilt seine Erfahrungen, welche er mit der Exenteratio bulbi gemacht hat, mit. Anlass zu der Ausbildung dieser Methode hat der Umstand gegeben, dass sich im Laufe der Jahre die Anzahl der Fälle, in welchen nach der Enucleation Meningitis und selbst der Tod eingetreten ist, gemehrt hat. In der Aufzählung der Fälle ist man jedoch nicht mit der nöthigen Kritik vorgegangen. Die Angaben über die Häufigkeit des in Folge von Enucleation eintretenden Todes variiren sehr. In der Annahme, dass die Art der Operation einen Einfluss haben könnte, hat Redner Anfrage bei Professor Arlt und dessen früheren Assistenten gehalten, von denen anzunehmen ist, dass sie in vollkommen correcter Weise die Operation ausführen. So ist eine 1000 überschreitende Zahl von Enucleationen gesammelt, unter denen kein einziger unglücklicher Ausgang sich befindet.

Die Gefahr des Auftretens von Meningitis ist bei bestehender Panophthalmitis grösser, als bei nicht entzündlich afficirten Augen, die aus irgend einem Grunde herausgenommen werden. Desshalb übt Redner seit einem Jahre etwa die Exenteration in solchen Fällen. Die Frage, ob die Exenteration die Gefahr ausschliesst, ist jedoch noch nicht erwiesen. Die Statistik über die Exenteration verfügt noch nicht über hinlänglich grosse Zahlen.

Redner theilt zum Schlusse noch mit, dass er bei einem zweijährigen Kinde, welches mit Panophthalmitis in die Klinik gebracht wurde, die Exenteration ohne Narcose vorgenommen habe. Da das Kind wohl geschrieen habe, als er es zwischen die Knie genommen habe, während der Operation aber nicht, schliesst er, dass sie keine, oder nur relativ geringe Schmerzen verursache. Das Kind blieb unverbunden und wurde schon nach vier Tagen der Mutter nach Hause gegeben, die es dann von Zeit zu Zeit zeigte. Die Heilung, welche bei Erwachsenen bekanntlich ziemlich langwierig ist, war bei dem Kinde in kaum 14 Tagen beendet.

Herr **Laqueur,** Strassburg, bespricht und demonstrirt die binoculare Cornealloupe von Zehender-Westien.

Herr **H. Pagenstecher,** Wiesbaden, demonstrirt ein von Otto Denge in Rathenow entworfenes Schema zur einheitlichen Bestimmung der Meridiane bei Astigmatismus.

Herr H. **Pagenstecher,** Wiesbaden: **Ueber Extraction der Linse mit der Kapsel.** Der Vortragende berichtet über seine Erfahrungen über Extraction der Linse in geschlossener Kapsel, besonders im Vergleich zur Extraction ohne Kapsel. Bei 75 Patienten, die sich im Laufe der letzten 10 Jahre mit doppelseitiger Cataract vorstellten, hat er die eine Linse mit der Kapsel, die andere ohne Kapsel extrahirt, meist in einer Sitzung, um auf diese Weise vergleichbare Resultate zu erhalten. Nachdem Redner noch die Indicationen und die Technik der Operation besprochen, kommt er zu den Resultaten. Diese sind in Bezug auf die Sehschärfe nicht wesentlich verschieden von den Erfolgen bei Extraction ohne Kapsel, doch wurde in einigen Fällen höhere Sehschärfe erzielt.

Aus der Section für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Sitzung am 21. September.

(Schluss.)

Wyder (Berlin): **Perforation oder Sectio Cäsarea?**

Vortragender beleuchtet an der Hand eines grösseren Materiales der geburtshülflichen Klinik und Poliklinik der Charité zu Berlin den Werth der Perforation und künstlichen Frühgeburt und vergleicht die genannte Operation mit der Sectio Cäsarea. An der Hand eines Mortalitätsprocentsatzes von 8,4 für die Perforation bei engem Becken und von 8,2 bei künstlicher Frühgeburt, bestreitet er den kürzlich von Credé mit einer Sterblichkeitsziffer von 17,5 Proc. bei Kaiserschnitt bei

engem Becken aufgestellten Satz, dass der Zeitraum gekommen, wo wir die Perforation lebender Kinder durch den Kaiserschnitt ersetzen müssen. Indem er auf die verschiedenen Schwierigkeiten, welche ausser der Beckenverengung in Betracht kommen (zu späte Erkenntniss der Beckenanomalie, nachdem bereits schwere Störungen eingetreten sind, die verschiedene Beurtheilung, welche das kindliche Leben erfährt etc.) aufmerksam macht, kommt er zu folgenden Schlüssen: 1) Bei Beckenenge 3. und 4. Grades muss neben der Sectio Cäsarea und der Perforation noch die Frage des künstlichen Abortes ventilirt und der betreffenden Schwangeren eventuell die Wahl gelassen werden. 2) Bei Beckenenge 2. und 1. Grades soll mit Rücksicht auf die Unmöglichkeit einer Vorhersage Sectio Cäsarea Primiparen nur äusserst selten empfohlen werden, Multiparen nur dann, wenn frühere Geburten schlechte Resultate ergeben haben. Auch der sehnliche Wunsch der Frau, ein lebendes Kind zu erhalten, soll uns leiten in der Indicationsstellung. — Ist die Schwangerschaft noch nicht vorgerückt, so muss der Frau auch die künstliche Frühgeburt zur Wahl vorgelegt werden. So lange die Sectio Cäsarea noch die doppelte Anzahl von Todten liefert, wie Perforation und künstliche Frühgeburt, ist der Zeitpunkt nicht gekommen, wo die Sectio Cäsarea die Perforation lebender Kinder ersetzen soll. Ist die Zeit da, dann ist die Perforation in Kliniken oder an Orten, wo solche leichter zu erreichen, als veraltete Operation bei Seite zu legen.

Ahlfeld spricht sich gegen das häufige Einleiten der künstlichen Frühgeburt bei engem Becken wegen leicht eintretenden socialen Missständen aus; hat aber über bessere Resultate in dieser Beziehung zu berichten als Wyder.

Sonst stimmt Ahlfeld mit Wyder in der Hauptsache überein und will ebenfalls Schwangere mit engen Becken den Kliniken zugewiesen haben, da hier für die eventuell vorzunehmende Sectio Cäsarea die günstigsten Chancen bestehen.

Sänger nimmt die Sectio Cäsarea in Schutz und wendet sich gegen die von Wyder angeführte Statistik. Die Sectio Cäsarea hat gegenüber der Perforation dann die besten Resultate, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

1) Der Zustand der Mutter muss für die Operation günstig sein.

2) Der Operateur muss in der modernen Technik vollkommen ausgebildet sein.

Man soll nur mit den Angehörigen der Patientin verhandeln, mit der Gebärenden selbst ist nicht zu verhandeln.

Wiedow (Freiburg): **Ueber den Zusammenhang zwischen Albuminurie und Placentarerkrankung.**

Fehling hat neuerdings die Aufmerksamkeit auf den Zusammenhang beider Erkrankungen gelenkt. Redner theilt fünf Fälle aus der Freiburger Klinik mit, welche die Fehling'schen Beobachtungen bestätigen. Die anatomischen Veränderungen bestehen in Coagulationsnekrose; sowohl die Placenta materna als auch die P. foetalis zeigt Veränderungen. Die Deutung des Zusammenhanges bei den Erkrankungen ist zur Zeit noch nicht möglich.

Fehling (Basel) hat gefunden, dass bei 800 Geburten nur 18mal Eiweiss im Urin war; dabei fanden sich in 12 Fällen Veränderungen in der Placenta, nicht in 6. — Die chronische Nephritis wird durch die Schwangerschaft gesteigert und führt zu Hämorrhagien in der Placenta. Es besteht zweifellos ein Zusammenhang. Praktisch ist die Sache wichtig wegen Abort und Frühgeburt, die durch Nephritis bedingt sein können.

Kaltenbach (Halle) betont die Albuminurie und die Erkrankung des Eies; er hat dabei myxomatöse Erkrankung der Zotten, einmal bei Zwillingsschwangerschaft, wo das eine Ei gesund blieb, beobachtet. Es giebt aber auch Albuminurie, namentlich bei schweren Nierenerkrankungen, wo keine Veränderung an der Placenta zu finden ist; hier treten bisweilen starke Blutungen ein.

Cohn (Berlin) berichtet über 14 Fälle von Nephritis ohne Eclampsie. Davon kamen 7 mit macerirten Früchten nieder, die Placenten waren fast sämmtlich mehr oder weniger erkrankt. Irrig ist die Ansicht, dass die Infarcte der Placenta pathognomonisch für Lues sind.

British Medical Association.

55. Jahresversammlung zu Dublin.

(Originalbericht von Dr. F. A. Philippi, Hausarzt am Deutschen Hospital zu London.[1])

Im Anschluss an die Beschreibung einer von ihm beobachteten **Rötheln-Epidemie** stellt Dr. **Henry Davis** folgende fünf Grade der Erkrankung auf:

1) Leichte Rachenentzündung ohne Störung des Allgemeinbefindens, Ausschlag, Abschuppung oder sonstige Complicationen.

2) Intensive Pharyngitis, mässiges Fieber, rheumatoide Schmerzen, in manchen Fällen Abschuppung an Fingern und Händen, Neigung zu chronischer Anschwellung der Lymphdrüsen (besonders suboccipital), aber kein Exanthem.

3) Symptome ähnlich wie bei 2), nebenbei fleckweise ein rosarothes miliares Exanthem, meistens auf den Extremitäten auftretend, das sich aber zuweilen über den Rumpf und das Gesicht ausbreitet und von unsicherer Dauer ist. Dasselbe juckt manchmal sehr unangenehm und ist oft von kleiiger Desquamation gefolgt.

4) Hohes Fieber, Schnupfen, Husten, Verschlimmerung der Halsentzündung, ausgebreitetes Exanthem, welches kaum vom Scharlach zu unterscheiden ist, besonders da auch die Zunge in vielen Fällen scharlachroth wird, und welches oft sowohl die Störung des Allgemeinbefindens als auch die Rachenerscheinungen überdauert; Abschuppung auf dem Rumpf kleienförmig, an den Händen lamellös. Beeinträchtigung der Gesundheit auf einige Zeit nach dem Anfall.

5) Ernsteste Form, eingeleitet durch intensive Schüttelfröste und Erbrechen, oder sogar auch Krämpfe und länger dauernde Bewusstlosigkeit. Temperaturen bis 41°. Der Ausschlag nimmt unter Umständen im Gesicht die Gestalt purpurrother Flecke an und ist am Rumpfe oft von mannigfaltiger Beschaffenheit. Zunge zuweilen von missfarbenem Belag bedeckt, durch den die geschwollenen rothen Papillen hervorragen; intensive Rachenentzündung, Rückfliessen von Flüssigkeiten durch die Nase; quälender Husten; grosse Hinfälligkeit, Abschuppung sowohl kleienförmig als auch lamellös; Neigung zu Wassersucht und Complicationen von Seiten der Brustorgane.

Zur Behandlung der Seekrankheit empfiehlt Dr. **Skinner** eine oder zwei subcutane Einspritzungen einer Atropin- und Strychnin-Lösung oder auch hypodermatische Einspritzungen von Coffeïn; erstere Medicamente werden in Dosen von je 1 mg verabreicht, doch glaubt Verfasser mit geringeren Dosen Atropin und 2—3 Mal soviel Strychnin noch bessere Resultate erzielen zu können. Das Recept lautet:

Atropin sulf.
Strychnin sulf. āā 0,04
Aquae menth. 40,0.

S. Bei Bedarf eine Pravaz'sche Spritze (1,0) zu injiciren.

Wenn nach zwei Stunden keine Besserung eintritt, so ist die Dose zu wiederholen. Bei Kindern ist die Wirkung äusserst prompt. Verfasser hat mit Dosen von $^1/_6$ ($2^1/_2$ Jahr) oder $^1/_4$ (6 Jahr) Spritzen sehr gute Resultate erhalten.

Recept für Coffeïn:

Coff. pur. 4,0
Natr. Salic. 3,0
Aq. dest. ad. 10,0.

Dissoloe leni calore. — S. Bei Bedarf bis zu einer Pravaz'schen Spritze voll zu geben.

Der Effect tritt langsamer ein, als bei der ersteren Behandlungsweise, welche sehr bald Aufhören des Vomirens und erquickenden Schlaf herbeiführt; bedeutendere Nebenwirkungen haben die Injectionen nicht. Zuweilen wird über Trockenheit im Halse geklagt und in einzelnen Fällen tritt eine vorübergehende Entzündung an der Injectionstelle auf, welche bei Kindern zu allgemeiner Röthung der Haut führen kann. Die Theorie der Wirkung wird erklärt durch die Erhöhung des Blutdruckes und die Beeinflussung des Sympathicus durch die genannten Alcaloïde, deren Wirkung Verfasser durch Thierexperimente direct nachgewiesen hat; auf eine Anaemie der Medulla ob-

[1]) Mit Benützung des Brit. med. Journal.

longata und eine Affection des Sympathicus deuten in der That die bekannten Symptome der Seekrankheit, das Vomiren, die Obstipation, Myosis, die Oligurie, die Kälte der Haut etc.

Dr. Sidney Phillips: **Ueber Pulsation der Aorta.** Es werden acht Krankengeschichten im Abriss mitgetheilt. Als hauptsächlichste Symptome werden hervorgehoben: Magen- und Darmblutungen, Trockenheit der Zunge, Myosis, Neigung zu Recidiven bei Zwischenräumen völligen Wohlbefindens, ferner intensive Schmerzen bohrender und klopfender Art: dabei kann die Aorta als lebhaft pulsirende Röhre auf der Wirbelsäule gefühlt werden. Das männliche Geschlecht scheint vorwiegend betroffen, doch kommt die Affection auch bei Frauen vor. Schmerz ist eines der constantesten Symptome und meist dasjenige, welches den Patienten zum Arzt führt. Ein rauhes systolisches Geräusch über der Aorta wird öfters wahrgenommen, ist aber nicht constant; auch Mydriasis wird beobachtet und gewöhnlich grosse Niedergeschlagenheit. Gichtische Diathese wird als ätiologisches Moment angeführt.

Es wird häufig über Uebelkeit geklagt, manchmal tritt auch Erbrechen ein, meist kommt das Leiden in etwas vorgeschrittenem Lebensalter vor und ist von allgemeiner Atheromatose der Gefässe begleitet. Manchmal sieht man auch hartnäckige Myosis. Völlige Heilung ist in vielen Fällen erzielt. Auffällig ist in gewissen Fällen die starke plötzliche Magenblutung und ebenso das schnelle Vorübergehen der gastrischen Erscheinungen. Der Schmerz kann auch Exacerbation nach den Mahlzeiten aufweisen.

In einzelnen Fällen konnte Trauma als ätiologisches Moment beschuldigt werden. Das wesentlichste Symptom ist naturgemäss das übermässige kräftige Pulsiren der Aorta in kurzem, fast ruckweisem Stossen, meist von einem Geräusch begleitet, zuweilen, wenn auch seltener von Vibriren.

Die Affection gewinnt an Wichtigkeit durch ihre Aehnlichkeit mit Aneurysma. Schmerz kann nicht als unterscheidendes Kriterion zwischen den Beiden genannt werden, obgleich von vielen Autoren derselbe im Falle von Aortenpulsation negirt wird. Verfasser führte den Fall von erodirendem Aneurysma (durch Section bestätigt) an, bei dem bei Lebzeiten kein Schmerz beobachtet wurde. Der Schmerz ist meist Nachts am heftigsten.

Ein sehr wichtiges Symptom, die gastrointestinalen Blutungen, ist schon von Albers 1803 (Pulsationen im Unterleibe) erwähnt worden. Es wird als denkbar bezeichnet, dass das Pulsiren eine Folge der reichlichen Magendarmblutungen sein könne durch die auf diese Weise herbeigeführte geringe Füllung des Blutgefässes. Gewöhnlich aber sind die Blutungen nicht so profus, sondern bestehen aus kleineren recurrirenden Hämorrhagien aus Magen oder Mastdarm.

Sehr häufig wird dabei ein Tumor im Abdomen gefühlt; derselbe besteht aus aufgetriebenen Darmschlingen; dieselbe Erscheinung ist auch schon von Laennec beobachtet. (Nervöse Pulsation der Aorta.)

Ueber Trockenheit der Zunge und des Gaumens wird gewöhnlich geklagt, ähnlich wie dies beim Morbus Basedowii beobachtet wird; diese Erscheinungen, sowie die Pupillenveränderungen deuten auf eine Affection des Halssympathicus hin.

Die Hypochondrie und geistige Depression sind meist sehr ausgesprochen; ob Ursache oder Folge ist unbestimmt. Ueberanstrengung, Anhäufung von Fäcalmassen im Colon transvers., entzündliche Vorgänge im Magen- oder Darmcanal, Peritonitis, Gicht, sind ursächliche Momente.

Sectionen weisen keine Veränderungen der Aorta auf. Auffällig erscheint, dass trotz des starken Pulsirens der Aorta die Herzaction gerade herabgesetzt erscheint.

Die Blutungen seien wahrscheinlich auf eine vasomotorische Paralyse kleiner Arterien zurückzuführen; aus analoger Ursache treten zuweilen bei Tabes dorsalis Blutungen in den Nieren auf.

Am meisten Schwierigkeit bietet die Differentialdiagnose zwischen pulsirender Aorta und Aneurysma derselben. Bei beiden hat man heftigen Impuls mit systolischem Geräusch und Vibriren. Bei beiden kommen gastrointestinale Blutungen vor, verbunden mit Schmerzen im Abdomen und Rücken. Das Hauptunterscheidungsmerkmal bildet die Verschiedenheit im Charakter der Pulsation, welche bei Aneurysma als eine sich elastisch ausdehnende, bei Pulsation als eine ruckweis erfolgende erscheint. Zur Behandlung dienen hauptsächlich die Sedativa, ferner Brom- und Jod-Kalium nebst anderen Alkalien, sowie Ergotin, Digitalis, Gentiana, Vinum Colchici etc.

Dr. Angel Money hat seit sieben Jahren dem **Dorsalklonus** besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Als gewöhnlichstes Moment der Steigerung desselben bezeichnet er die Neurasthenie; möge dieselbe durch die Anwendung von Narcoticis herbeigeführt sein, durch Hyperpyrexie in acuten Krankheiten, durch auszehrende chronische Leiden (Krebs), Ueberanstrengungen, Gicht, Rheumatismus oder andere krankhafte Zustände. Da die die Wadenmusculatur versorgenden Pyramidenbahnen in ihrem langen Verlauf von der Grosshirnrinde durch innere Kapsel, Crus cerebri, Pons, Medulla oblongata, bis in die Lendenanschwellung leicht Ernährungsstörungen ausgesetzt seien, so erscheine es nicht auffällig, dieses Phänomen ziemlich häufig vorzufinden. Verfasser glaubt, dass das Auftreten des Klonus in der Narcose in vielen Fällen auf das Herannahen ernsterer nervöser Störungen hindeute.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung am 7. December 1887.

Vorsitzender: Herr Virchow.

Herr Senger: **Demonstrationen menschlicher Nieren bei Sublimat-Vergiftung.**

Dieselben stammen von einer 21jährigen Person, welche an schwerer Sublimat-Intoxication zu Grunde gegangen war.

Herr Virchow hat einige Bemerkungen des Redners in der vorigen Sitzung missverstanden; derselbe beansprucht nicht die Priorität der Entdeckung von Kalk-Ablagerungen in den Nieren bei Sublimat-Vergiftung. Während aber Salkowsky, Jablonowsky und Prévôt den Befund nur experimentell erhoben haben, hat er allerdings die Thatsache zuerst an einer menschlichen Leiche beobachtet; erst später hat Fränkel dieselben bestätigt. S. ist der Ansicht, dass diese colossale Kalk-Ablagerung wohl genügt, um die Differential-Diagnose zwischen Sublimat-Vergiftung und Dysenterie zu sichern, denn sonst finden sich die allerdings recht häufigen Kalk-Ablagerungen in den Nieren niemals acut, sondern nur im Verlaufe von chronischen Krankheiten, wie z. B. bei Schrumpf-Niere. Ausserdem ist die Kalk-Ablagerung sowohl quantitativ von unerhörter Mächtigkeit, als auch qualitativ dadurch ausgezeichnet, dass der Kalk sehr Fett-Ablagerungen ähnelt und dass der Kalk ziemlich concentrirten Salzsäure-Lösungen widersteht; erst energische Behandlung mit starker Salz- oder Salpeter-Säure bringt ihn zum Verschwinden. Die Epithelien der Nieren sind dabei zum grossen Theil zerstört. Findet man daneben eine Affection des Dickdarmes, welche nicht immer Diphtherie zu sein braucht, sondern eine einfache Colitis sein kann, so kann man die Diagnose: Sublimat-Vergiftung mit grosser Wahrscheinlichkeit stellen.

Herr Virchow bestätigt die Wichtigkeit der Senger'schen Angaben und verheisst weitere Untersuchungen.

Herr Barth: **Behinderte Nasen-Athmung und eiterige Mittelohr-Entzündung.**

Der Zusammenhang zwischen acuten und chronischen Mittelohr-Katarrhen mit krankhafter Schwellung der Nasenschleimhaut ist in ärztlichen Kreisen genügend bekannt Schwerer ist der Zusammenhang mit eiterigen Katarrhen des Mittelohres zu begreifen. Speciell ist die Rolle, welche Mikroorganismen dabei spielen, noch nicht aufgeklärt. Manche Beobachtungen drängen die Vermuthung auf, dass eine einfache Verlegung der Nase genügen kann, um eine Otitis media purulenta zu erzeugen. Manche Fälle sind fast wie physiologische Experimente.

B. hat in zwei Fällen, wo die untere Muschel galvanokaustisch zerstört war, im Anschluss an die reactive Schwellung Otitis media purulenta beobachtet. Umgekehrt sah er bei eiterigen Mittelohr-Entzündungen und in einem Falle von Beschwerden,

welche deutlich auf die Tuba hinwiesen, augenblickliches Verschwinden aller Symptome nach Entfernung der Nasen-Stenose.

Eine Erklärung, welche nur Hypothesen häufen könnte, will Redner gar nicht versuchen. Aber praktisch ist es wichtig, bei Mittelohr-Eiterung die Nase zu untersuchen und eventuell die gestörte Nasen-Athmung wieder herzustellen. Sehr günstig wirkt auch die Entfernung von adenoiden Wucherungen am Schädeldach. Umgekehrt sollte bei Constatirung von Nasen-Stenosen stets das Ohr untersucht werden.

B. unterscheidet zwei Categorien von Nasen-Erkrankungen: bei der ersten Classe, wo es sich um Schwelluug der unteren Muschel handelt, empfiehlt er die energische Zerstörung des Schwellkörpers in einer Sitzung mit dem Galvanokauter. Dann wird die reactive Schwellung wohl kaum je so stark werden, dass eine Mittelohr-Entzündung resultirt. Bei der zweiten Classe, wo es sich um chronische Schwellung der gesammten Nasenschleimhaut handelt, ist eine vorsichtige und langsam vorschreitende Behandlung angezeigt. B. lässt dabei mit Erfolg ein Schnupf-Pulver brauchen, welches Cocain enthält.

Herr Lucae hat schon vor 19 Jahren auf den Zusammenhang von Krankheiten der Nase und des Ohres hingewiesen. Die Nase ist die Oeffnung der Tuba. Er hat schon lange die Stenose durch Einführung kleiner Gummiröhrchen gehoben: so vermeide man das wüste Brennen. Er versucht eine Erklärung des Zusammenhanges auf Grund der Thatsache, dass beim Schlucken in der Tuba ein negativer Druck entsteht; eine Erklärung für die Fälle Barth's, wo das Trommelfell durchbrochen war, kann er nicht geben. Doch hat Saunders nachgewiesen, dass bei Verschluss der Tuba die in derselben enthaltene Luft sich allmählich resorbirt, dass der negative Druck, der so entsteht, eine Exsudation, Entzündung und schliesslich Eiterung herbeiführt.

Herr Barth ist dem gegenüber der Ueberzeugung, dass Eiterung nur durch Mikroorganismen hervorgerufen werden könne. Herrn Lucae Ausführungen gehören gar nicht hieher, da sie sich nicht auf eitrige Otitis media mit Perforation des Trommelfells bezogen.

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 5. December 1887.

Herr **P. Guttmann.** Vor der Tagesordnung. **Ueber das Vorkommen des Indigoblau-Farbstoffes in einem pleuritischen Exsudat.**

Das sero-fibrinöse Exsudat, entnommen aus dem Thorax eines sonst nicht kranken, kräftigen Mannes, war während der Punktion von der gewöhnlichen Beschaffenheit und Färbung. Kurze Zeit darauf nahm es eine sich immer mehr und mehr vertiefende blaue Färbung an. Die Untersuchung und Culturversuche ergaben, dass diese Färbung nicht auf Bacterienwirkung zurückzuführen war: die Flüssigkeit war pilzfrei. Dagegen fanden sich mikroskopische Krystalle. Es handelte sich also augenscheinlich um Veränderungen in der chemischen Beschaffenheit; die erste Vermuthung, dass der Farbstoff Indigoblau sei, bestätigte sich durch die Untersuchung des Professor Brieger.

Es war also im Exsudat ursprünglich Indigo-weiss vorhanden gewesen, welches dann durch den Sauerstoff der Luft zu Indigo-blau oxydirt worden ist.

Das Vorkommen dieser Farbstoffe ist beim Menschen bisher in pleuritischen Exsudaten niemals, sondern nur im Harn und 2 Mal als blauer Niederschlag aus dem Schweiss am Scrotum beobachtet worden.

G. vermuthet, dass er jetzt, wo die Aufmerksamkeit darauf gelenkt ist, häufiger gefunden werden wird, und dass er auch in ascitischen Flüssigkeiten sich wird nachweisen lassen.

Herr Ehrlich. Der Befund, dass die Flüssigkeit frei war von Bacterien, deckt sich völlig mit dem theoretischen Postulat, dass Bacterien, die energische Reductionswirkungen ausüben, viel eher aus dem blauen den weissen Farbstoff hergestellt hätten, als umgekehrt. Er sieht in der Thatsache Guttmann's eine Bestätigung seiner Anschauungen und Theorien über das Sauerstoffbedürfniss des Organismus. Indigo-weiss ist im höchsten Maasse sauerstoffgierig und verwandelt sich, sobald Sauerstoff zutritt, in Indigo-blau. Wo also Indigo-weiss vorhanden ist, kann kein freier O vorhanden sein. Also ist die Pleura in extremem Maasse sauerstoff-ungesättigt. E. hat nun selber die scheinbar paradoxe Thatsache constatirt, dass das Gewebe der Lunge zu den sauerstoffgierigsten des ganzen Körpers zählt. Er fasst G.'s Bericht als eine Stütze seiner Theorie auf, welche allerdings mit der bisher geltenden Ansicht über die Lungenfunction schwer verträglich ist. Aber eine neuere Ansicht, nach welcher die Lunge den Sauerstoff secernirt, stände damit in bestem Einklang: dann wäre es verständlich, wesshalb die Lunge eine so gewaltige Affinität für Sauerstoff hat.

Zur Tagesordnung. Discussion über den Vortrag des Herrn **Jastrowitz: Ueber Localisation im Gehirn.**

Herr Bernhard stellt zunächst einen Patient vor, der vor 3 Jahren apoplectiform mit Schwäche im rechten Arm erkrankte, verlor auch zeitweise die Sprache. Dann litt er an Krampfanfällen, welche die rechte obere Extremität und Gesichtshälfte trafen. Das rechte Bein blieb ziemlich frei.

Jetzt ist er seit einem halben Jahre von Krampfanfällen verschont, und bietet weder in der motorischen noch psychischen Sphäre irgend welche Abnormitäten dar. Das Einzige, was krankhaftes an ihm nachweisbar ist, ist eine Störung der Sensibilität am rechten Arm, welche an den drei mittleren Fingern am stärksten ist, und nach oben zu allmählig abklingt. Es ist eine Abstumpfung des Gefühls, ohne dass eine der Qualitäten erloschen wäre, und eine ziemlich beträchtliche Ataxie. Zeichen von Tabes fehlen völlig. Ausser hierauf beziehen sich seine Klagen auf ein Gefühl von Spannung auf der rechten Stirnschläfenseite bis auf den Nacken, welches einen linksseitigen Stirnkopfschmerz abgelöst hat, der zu Anfang seines Leidens bestand.

Es handelt sich um Rindenataxie. Was pathologisch-anatomisch zu Grunde liegt, ist schwer zu sagen. Patient war nicht syphilitisch. Wenn wir Nothnagels Ansicht acceptiren, so müssen wir den Process in die Rinde der Parietalwindungen verlegen; denn hier soll nach N. das Centrum für die Gefühlssphäre der oberen Extremitäten seinen Platz haben. Da zuerst noch halbseitige Krämpfe und Aphasie vorhanden waren, kann man annehmen, dass der Process ursprünglich ausgedehnter sich zurückgebildet hat und auf jene Parthien der Parietalwindungen des Scheitelläppchens beschränkt worden ist.

Zu Jastrowitz' Vortrag bemerkt Redner, dass sein einer Fall nicht gegen Nothnagels Ansicht spreche, die Muskelsensibilität habe ihr Centrum in den Parietalwindungen. — Ferner können, wie ein Fall von Frey beweist, Monoplegien auch vorkommen bei sehr kleinen Herden im weissen Mark, welche nur eine Nervenbahn unterbrechen, sind also nicht ohne Weiteres auf die Rinde zu beziehen. — Ferner sei es möglich, auf nichts weiter, als eine Hemianopsie oder sensorische Aphasie hin eine sichere Localdiagnose zu stellen, was F. bestritten habe.

Die Frage der Hirnoperation betreffend, so ist die Arbeit des Herrn v. Bergmann erschöpfend. Doch ist hervorzuheben, wie oft sich bei Sectionen neben einem diagnosticirten Tumor andere latente fanden. Das ist eine schwer zu umschiffende Klippe für den Operateur, der überhaupt mit dem inneren Kliniker in der Diagnose Hand in Hand gehen sollte.

Herr Baginsky weist, nachdem er die Schwierigkeiten der Hirndiagnostik bei Kindern hervorgehoben hat, auch die Unzuverlässigkeit der Localdiagnose in der Kinderpraxis an mehreren Fällen nach. Hemiplegische Lähmungen sind bei Kindern unzweifelhaft nicht nur bei Kindererkrankungen vorgekommen, sondern auch bei Herden im Schläfenlappen. Eine genaue Bestimmung darüber zu treffen, welche Art von Aphasie bei einem Kinde vorliegt, wird auch kaum je möglich sein.

Ganz besonders vorsichtig muss man aber bei Kindern mit der Operation vorgehen. Denn fast ausnahmslos finden sich multiple Tumoren, und Erweichungs- und Eiterherde pflegen schnell grosse Ausdehnung zu gewinnen. Er empfiehlt zum Schluss, bei Operationen am Gehirn einen Versuch der von ihm

experimentell mit bestem Erfolge angewandten Absaugung vermittelst der Luftpumpe, welche sicher, angenehm und ohne Verletzung nicht betroffener Theile arbeitet.

Herr Jastrowitz schliesst sich dieser Empfehlung an. Gegen Herrn Bernhard bleibt er bei der Ansicht, dass die Nerven der Muskelsensibilität nicht in den Parietalwindungen endigen; er glaubt, dass sie durch diese Stelle hindurch gehen, aber ihre Endigung an anderer Stelle haben.

Allgemeiner ärztlicher Verein zu Köln.

Sitzung am 14. November 1887.

(Originalbericht.)

(Schluss.)

Herr **G. Sticker**: 2) **Endocarditis verrucosa petrificans valvularum Aortae; Endocarditis recens valvulae Tricuspidalis.** Autoreferat.

Herzpräparat von normalen Dimensionen mit mässiger Hypertrophie der linken Kammer, blasser Musculatur, aus der Leiche eines unter dem Bilde hoch fieberhafter recurrirender Endocarditis verstorbenen 22jährigen Mannes, der an der Herzaffection und an multiplen rheumatischen Gelenkentzündungen ein halbes Jahr im Hospital des Herrn Collegen Willems zu Deutz krank gelegen hat. Herr Willems hatte die Diagnose der Erkrankung jener beiden Klappen (bei letzterer als Insufficienz) intra vitam gestellt. Die Combination der entzündlichen Affection an den Aortenklappen und der Tricuspidalis ist sehr selten; sie kommt z. B. in einer Statistik Sperling's über 300 Fälle von Klappenerkrankungen aus Virchow's Protocollen nicht vor. Bemerkenswerth war im Leichenbefund weiterhin die hochgradige Enge des übrigens zarten und elastischen Aortenrohres, das aufgeschnitten im Anfangstheil 6 cm (normaler Weise 7—8 cm) im ganzen Brusttheile und Bauchtheile nur 4,1—4,0 cm (gegenüber der Norm von 6,5—4,5 cm) maass. Die grosse, gut gebaute Leiche zeigte allgemeine hochgradige Blässe, leichtes Oedem über den Fussknöcheln, starke fleckige Cyanose am Gesicht und Halse. Im Vergleich zu dem geringfügigen Hydrops der übrigen Körperhöhlen und dem sehr geringen Anasarca, fiel das mächtige Hydropericardium mit über 1500 ccm rein serösen Inhaltes bei völlig intacter Serosa auf. Die mässig ödematösen Lungen zeigten geringe Hypostasen im Bereich der hinteren unteren Parthieen, auffallende Hyperämie der Bronchien bei geringem Blutgehalt des Parenchyms; in dem linken Unterlappen ausgedehnte Splenisation. Milz sehr gross, dunkelbraunroth, von breiiger Consistenz der Pulva; Maasse 20 : 15 : 8 cm. Leber etwas vergrössert, hart, mit centraler Hyperämie, peripherem Fettgehalt der Lobuli. Nieren venös hyperämisch. Magen und Darm äusserst blass, schlaff. Schleimhaut des Magens etwas succulent mit vereinzelten streifigen Hyperämien und Petechien. Blut im Herzen und allen grossen Gefässen flüssig und lackfarben.

3) **Primäres Nierencarcinom.**

Das vorliegende Organ rührt von einem im 49. Lebensjahre verstorbenen Kaufmanne her, der im Jahre 1864 im Feldzug gegen Schleswig an schwerem Gelenkrheumatismus erkrankte, im Uebrigen stets gesund war bis zum Beginne der letzten Krankheit, die zuerst etwa 8 Monate vor dem Tode in zeitweise auftretenden Nervenkoliken mit gleichzeitiger Hämaturie sich äusserte. Obwohl nie ein Stein im Harn gefunden wurde, stellten zwei Aerzte die Diagnose auf Nierensteine, die von Seiten des Redners als die wahrscheinlichste bestätigt werden musste, als Patient 5 Monate nach Beginn seines Leidens oder, besser gesagt, 3 Monate vor dem Exitus lethalis sich in seine Behandlung begab, aber nur 5 Tage lang ausreichend erschien, nachdem Urinuntersuchungen andauernde geringe Albuminurie — unabhängig von Nierenblutungen — ergeben hatten. Eine Läsion des Nierengewebes ward dadurch wenigstens nahegelegt. Geschwänzte und runde Epithelien, die in ziemlicher Menge an einzelnen Tagen im Harn gefunden wurden, konnten zunächst nicht gedeutet werden.

Drei Wochen nach Beginn der Beobachtung (29. April) hatte Redner zum ersten Male Gelegenheit einen Kolikanfall mit starker Hämaturie zu beobachten. Die Anwesenheit grosser fester Blut- und Fibringerinnsel bis zu Kleinfingerdicke im Urin, erklärte bei gänzlicher Abwesenheit irgend welcher Concremente oder anderer Körper die Kolik zur Genüge. Die genauere Nachfrage ergab, dass der Urin bereits einige Stunden vor dem Anfall blutig war.

Die wiederholte Untersuchung des ziemlich blühend und kräftig aussehenden Patienten ergab, abgesehen von einer mässigen Druckempfindlichkeit in der linken Nierengegend ein durchaus negatives Resultat. Insbesondere gilt das auch für wiederholte Blutuntersuchungen. An jener Stelle der linken Lende bestand andauernd spontan ein geringes dumpfes Schmerzgefühl.

Drei Tage nach dem Anfall, als der Urin wieder klar war (am 2. Juni), wurde der Kranke von einem äusserst heftigen Schmerz im linken Knie bei starker Röthung der Haut und geringer Schwellung der Gelenkgegend ergriffen. Dabei war er fieberlos und bei völliger Ruhelage der Extremität beschwerdefrei. Die Anlegung eines immobilisirenden Verbandes, der drei Tage liegen bleiben musste, hob den Schmerz sofort auf. Die Bedeutung dieser Gelenkaffection wurde erst später aufgeklärt.

Zu Beginn der vierten Beobachtungswoche (am 9. Juni) machte spontane hartnäckige dumpfe Schmerzempfindung in dem rechten Hypochondrium auf einen Tiefstand des Leberrandes, 2 Querfinger über den Rippenbogen hinaus in der Mamillarlinie, und eine Resistenzvermehrung und Druckempfindlichkeit an dessen Stelle aufmerksam, die bestimmt früher nicht bestanden hatten. Da der Kranke jetzt anfing merklich schwächer zu werden, da er an Appetit einbüsste und in den letzten 8 Tagen 4 Pfund an Körpergewicht verloren hatte, so musste am 12. Juni, wo eine weitere Zunahme des Lebervolums um Querfingerbreite constatirt wurde, sich um so mehr der Verdacht auf eine maligne Neubildung aufdrängen, als alle anderen Momente für primäre oder secundäre Lebervergrösserung mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnten und eine — nachher genauer zu erwähnende — quantitative Stoffwechselanalyse unter Berücksichtigung der Körpergewichtsabnahme bei unverminderter Nahrungsaufnahme auf einen rapiden Verfall und grosse qualitative Störungen in der Stoffumsetzung hinwiesen. Nach Abwägung aller vorliegenden Momente konnte, da man den Ausgangspunkt dem klinischen Verlauf zufolge nur in die Niere und zwar — entsprechend der Druckempfindlichkeit — in die linke verlegen musste, bloss ein primärer Nierenkrebs in Frage kommen, da primäres Nierensarcom bekanntlich nicht beobachtet worden. Gegen Krebs sprach einigermaassen das Alter, da primäres Nierencarcinom fast ausschliesslich bei Kindern und Greisen bislang beobachtet wurde. Allerdings erwähnt G. König, der in seiner praktischen Abhandlung über die Krankheiten der Nieren 1826 zuerst klinisch und anatomisch brauchbare Beobachtungen über den primären Nierenkrebs mittheilt, bereits eines Falles, der einen 28 Jahre alten Mann betrifft, und eines anderen bei einer 38jährigen Frau. Die schwankende Diagnose wurde am 20. Juni gesichert, als mit einer neuen Hämaturie grosse Gewebsfragmente, aus Epithelmassen bestehend, im Harn erschienen, darunter neben den verschiedentlichst gestalteten mit grossem Kern und scharfer Contur versehenen Zellen viele Haufen von den als »Epithelnester« bezeichneten Zellconglomeraten; ausserdem massenhafte Körnchenkugeln, Fetttropfen, Blutkörperchencylinder u. s. w., ein Befund, der nur mit Krebs und Krebszerfall zu reimen war. — Herr College A. König billigte die Diagnose.

Der Marasmus hatte inzwischen bedeutend zugenommen, die Leber reichte über den Nabel.

Anfang Juli wird der Kranke andauernd bettlägerig. Heftige lancinirende Schmerzen in den Lenden, zunehmende Dyspnoe, machen die Anwendung von Morphium nothwendig. Am 10. Juli tritt eine hypostatische Pneumonie im rechten Unterlappen auf. Bis zum 19. Juli hat die Leber, deren Oberfläche stets glatt bleibt und nur geringe wellige Reliefs fühlen lässt, bis auf Fingerbreite die Symphyse erreicht. Die Hämaturie trat spärlich und selten, etwa alle 8 Tage ohne Schmerzen auf. Seit zwei Wochen wird der schon bis dahin täglich besichtigte, stets normal befundene Stuhlgang blasser, seit einer Woche etwa

besteht völlige Acholie. Einen geringen icterischen Anflug zeigten die Conjunctionen vorübergehend zu Beginn der zweiten Juliwoche; der Harn gab gleichzeitig 3 Tage lang schwach die Gmelin'sche Probe.

Am 19. Juli erfolgt bei hochgradiger Entkräftung und Abmagerung unter zunehmender Athmungsbehinderung der Tod.

Die Diagnose lautete, obwohl nie ein Tumor in der Nierengegend gefühlt worden: primäres Carcinom der linken Niere, secundäre krebsige Entartung der Leber; Hepatisation des rechten unteren Lungenlappens.

Die Leicheneröffnung ergab, dass die fettreiche linke Nierenkapsel einen Tumor enthält, der über drei Faust gross ist und die Form einer Niere hat. Nur der obere Pol dieses Tumors besteht aus intactem Nierengewebe, die übrigen Parthien bestehen aus einem theils blassgelben, theils hyperämisch rothbraunen und vielfach von Cysten, sowie von Gänsekiel- bis fingerdicken rothen Thromben durchsetzten Gewebe, das gegen das Nierenbecken hin breiartig zerfallen und mit Blutgerinnseln vermischt ist. Auch mikroskopisch erweist sich die dem blossen Auge als Markschwamm erkennbare Geschwulst als Krebs; die breiigen Massen aus den nekrotischen Parthieen enthalten dieselben mikroskopischen Elemente, wie sie früher im Harn erschienen waren. Nierenbecken und Ureter sind etwas erweitert, sonst frei von Veränderungen, sie enthalten reichlichen Harnsäuresand.

Die linke Nebenniere ist intact. Desgleichen die rechte.

Rechte Niere gross, hyperämisch, mit 5 erbsen- bis kirschgrossen Geschwulstknoten unter der Kapsel und auf dem Durchschnitt.

Die ungefähr 12 Pfund schwere Leber ist durchaus von kirsch- bis apfelgrossen Tumoren derart durchsetzt, dass nur dünne Züge eines schwach icterischen Lebergewebes die Krebsmassen durchzieht. Die Gallenblase enthält wenige Tropfen dünner brauner Galle.

Milz um's Doppelte zu gross, blutreich, von breiiger Consistenz, frei von Knoten.

Der rechte untere Lungenlappen ist comprimirt, zum Theil indurirt und hepatisirt.

Die Krankengeschichte hat zwei besonders merkwürdige Punkte. Der erste ist die Gelenkaffection, welche Redner mit einer zur Zeit ihres Auftretens nachgewiesenen ausserordentlich grossen Harnsäurebildung in ätiologischen Zusammenhang zu bringen geneigt ist; der zweite ist die Coincidenz der fortschreitenden Leberentartung mit jener Harnsäureüberproduction.

Schon mehrere Tage vor dem Eintritt der Gelenkaffection wurde eine sehr reichliche Ausscheidung von Harnsäure und harnsauren Salzen direct mit dem Erkalten des Urins bemerkt. Das fiel um so mehr auf, als der Kranke schon wochenlang Wildunger Wasser (Georg-Victorquelle, anfangs 300 ccm, später 200 ccm pro die) trank, da doch bekanntlich jenes Wasser die Harnsäurebildung sehr herabsetzt. Weil indess ein noch so voluminöses Sediment für die absolute Grösse der Harnsäureausscheidung nichts beweist, wurde zur directen Bestimmung am Tage nach dem Eintritt der Gelenkerkrankung genau die 24stündige Urinmenge gesammelt. Dieselbe betrug 980 ccm und enthielt 11,3 g ClNa, 30 g Harnstoff, 9 g Harnsäure, während man beim Gesunden etwa 17 g ClNa, 35 g $\overset{+}{U}$, 0,5 g $\bar{U}$ unter gleichen Bedingungen, namentlich bei gleicher Nahrungszufuhr, wie sie der Kranke übte, erwarten dürfte. 6 Tage später (9. Juni) wurde die Untersuchung wiederholt; man fand 9,8 g ClNa, 22,5 g $\overset{+}{U}$, **11,8** g $\bar{U}$; und noch 9 Tage später, am 18. Juni, wurden in einem nicht ganz vollständigen Urinquantum von 750 ccm für 24 Stunden sogar **13,5** g reiner Harnsäure gefunden.

Bei dieser ausserordentlich hohen Ausscheidung von Harnsäure, welche, wenn man aus der Grösse des täglichen Sedimentes einen vorsichtigen Schluss wagen darf, auch in der Zwischenzeit und späterhin unvermindert fortdauerte, liegt der Gedanke nahe, in Rücksicht auf unsere Kenntnisse und Anschauungen über die Gicht die erwähnte Gelenkerkrankung als einen typischen Gichtanfall, als eine Localisation von Harnsäure in das Kniegelenk aufzufassen, da jede andere Erklärung für die Affection ferner liegt; namentlich an eine rheumatische Entzündung zu denken, hinderte ohnehin das Auftreten ohne Fieber, die geringe Schwellung, der schnelle Ablauf ohne Erscheinungen an anderen Gelenken u. s. w. In dem früher überstandenen Gelenkrheumatismus konnte man mindestens ebensogut ein local disponirendes Moment für einen zweiten Anfall von Rheuma sehen. Der directe Beweis für einen Ueberschuss von Harnsäure im Blute, der bekanntlich bei der Gicht durch das Garrod'sche Fadenexperiment im Schröpfblut oder im Inhalt einer Vesicatorblase leicht zu erbringen ist, wurde nicht geführt, um den Kranken nicht unnütz zu quälen.

Die starke Uraturie, welche trotz der Zufuhr eines die Harnsäurebildung herabsetzenden Medicamentes — Wildunger Wasser und später (vom 15. Juni ab) Lithium carbon. 0,5 pro die — und anfänglich wenigstens ohne das nachweisliche Bestehen eines der bekannten für Harnsäurebildung resp. Harnsäurevermehrung geltend zu machenden Factoren, wohin in erster Linie die Leukämie und zwar — wie Redner anderweitig nachweisen konnte — speciell die Vermehrung der weissen Blutzellen, fernerhin gewisse Milztumoren (?), hohe Fiebertemperaturen, hochgradige Dyspnoe gehören, mehrere Wochen hindurch in steigendem Maasse bestand, geht durchaus einher mit der fortschreitenden Degeneration der Leber, die sich anfänglich durch eine rapide Volumszunahme in Folge immer neuer Geschwulstbildung, später durch völlige Acholie (absolut gallenfreie Stuhlgänge neben gänzlicher Abwesenheit von Icterus — 2 oder 3 Tage mit spurweiser Gelbsucht abgerechnet —) kundgab.

Eine bemerkenswerthe Beobachtung gegenüber den gerade entgegengesetzten experimentell gewonnenen Ergebnissen v. Schröder's, Salomon's, Minkowski's über die Beziehungen der Leber und ihres Ausfalls zur Harnsäurebildung! Es bleibt kaum etwas anderes übrig, als die rapiden Wachsthumsvorgänge bei der Neubildung von Krebsknoten (nach Analogie der reichlichen Harnsäurebilbung beim Neugeborenen) oder die damit einhergehende Zerstörung gesunden Körpergewebes (nach Analogie der Harnsäurevermehrung bei consumirenden Fiebern) für die Abnormität des Stoffwechsels, namentlich für die Vermehrung der Harnsäure in unserem Falle verantwortlich zu machen. Mit Sicherheit geht aber aus dieser Beobachtung wieder die Richtigkeit des Satzes hervor, den St. aus lange fortgesetzten Untersuchungen bei einem Leukämiker gegenüber den obigen experimentellen Ergebnissen ableiten konnte: dass eine fortschreitende Degeneration der Leber, d. i. der Ausfall ihrer Function, zum mindesten die eine Harnsäurevermehrung veranlassenden Momente nicht zu paralysiren vermag.

II. Die Diagnostik der chemischen Function des Magens (erscheint in dieser Wochenschrift als Originalartikel).

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 2. December 1887.

Vorsitzender: Hr. v. Bamberger. Schriftführer: Bergmeister.

Herr **Hofmokl** demonstrirt ein 3jähriges Kind, dem er einen **Fremdkörper aus den Luftwegen** entfernte. Das Kind soll während des Essens einen Fremdkörper verschluckt haben, gleich darauf asphyktisch geworden sein, sich aber nach einigen heftigen Hustenstössen wieder erholt haben, worauf Stimme und Respiration wiederkehrten. Am nächsten Tage bestand Heiserkeit; bei laryngoskopischer Untersuchung zeigten sich die Stimmbänder gut beweglich, von einem Fremdkörper war nichts zu sehen. Am nächsten Tag (1. November) trat in der Nacht ein Stickanfall auf; bei Tag war das Kind wieder ruhig, sprach, ass, doch stellte sich Fieber ein, welches am zweiten Tag sich noch steigerte; es bestand indess kein Husten, keine Blutung, keine Schmerzhaftigkeit. Es musste angenommen werden, dass die Angabe der Mutter richtig sei; es wurde die Laryngo-Tracheotomie gemacht und erst, nachdem die Wunde erweitert wurde und Licht einfiel, konnte man in der Tiefe an der hinteren Wand unter den Stimmbändern, eingegraben im

Granulationsgewebe, einen weissen Gegenstand bemerken, der extrahirt und als ein 12—13 mm langes und 5 mm breites Knochenstück erkannt wurde. Es wurde eine Canüle eingeführt und bis zur Stillung der ziemlich starken Blutung belassen. Hierauf wurde die Wunde geschlossen, das Fieber liess nach und der Knabe befindet sich wohl. Hier wäre die endolaryngeale Entfernung des Fremdkörpers bei der Kleinheit des Kindes und der tiefen Eingrabung des Knochens unmöglich gewesen.

Herr Hochenegg berichtet über einen Fall von Entfernung einer Münze aus dem Larynx bei einem Erwachsenen nach der Tracheotomie.

Herr **Roth** demonstrirt eine **elektrische Beleuchtungsvorrichtung** für rhino-laryngoskopische Zwecke. Vor dem Reflector, der hier klein ist, befindet sich ein Glühlämpchen, von welchem die Leitungsdrähte hinter die Ohren gehen und in eine Schliesse münden, die sich in den Taschen des Untersuchers befindet, und in welche auch die Drähte einer von Leiter construirten Daniel'schen Batterie zusammenkommen. Die Vorrichtung belästigt den Untersuchenden nicht, das Licht ist vollständig weiss und intensiv und lässt die untersuchten Gebilde ganz natürlich wie im Sonnenlichte erscheinen.

Mit Hilfe dieses Apparates wird es möglich sein, feinere anatomische Diagnosen zu machen als früher; auch bei Operationen leistet dieser Apparat vortreffliche Dienste, da man mit beiden Händen manipuliren kann, ohne sich des Lichtes zu berauben.

Herr **Rud. Frank** stellt einen 5jährigen Knaben vor, bei dem eine **Strictur** des **Oesophagus** mit Hilfe der von Maydl im vorigen Jahre demonstrirten Methode mit Erfolg behandelt wurde. Nach vorausgegangener Gastrostomie wurde eine Sonde eingeführt, dieselbe bei der Magenfistel herausgeleitet, das obere Ende der Sonde mit einer Ahle quer durchbohrt, mit einem Faden versehen und an diesem Faden konnte man eine dickere Sonde durch die Strictur durchschleifen. Mit dieser Sonde wurde dann ebenso verfahren wie mit der ersten und so konnten immer dickere Bougies durchgeführt werden bis der Patient per vias naturales ernährt werden konnte. Aehnlich wurden 3 andere Fälle behandelt.

Herr Weinlechner beansprucht für sich die Priorität des Verfahrens, das er schon vor Jahren angewendet hat.

Herr **Gärtner** demonstrirt einen **neuen Apparat zur Dosirung der Muskelarbeit.** Er bemerkt zunächst, dass es ein von allen Autoren anerkannter Satz ist, dass bei Entfettungscuren Muskelarbeit geleistet werden muss und dass der Werth der Bewegung bei Entfettungscuren von der Menge der geleisteten Kilogramm-Meter Arbeit abhängt. Redner hebt die Verdienste hervor, die Oertel sich um die Einführung des Bergsteigens in die Therapie erworben hat. Doch ist das Bergsteigen eine einseitige Arbeit, die wir nur mit unseren Gehwerkzeugen verrichten, ferner kann nicht jeder zu diesem Mittel greifen, das überdies nur an gewissen Orten und zu gewissen Zeiten geübt werden kann. Herr Gärtner hat daher einen Apparat construirt, den er Ergostat nennt und der mehrere Vorzüge besitzt: er gestattet eine genaue Dosirung der Arbeit, kann in jedem Wohnraum aufgestellt werden und ist auch minder Bemittelten zugänglich. Er besteht in einer 10 Zoll im Durchmesser haltenden Scheibe, der ein mit Bremsklötzen armirtes Bremsband anliegt. Das Band ist an seinem Ende mit einem Hebel versehen und wird durch Verschiebung eines Laufgewichtes stärker oder schwächer gespannt. Die Scheibe ist auf einer Achse befestigt, diese läuft in Lagern eines gusseisernen Stativs und wird mit Hilfe einer langen Kurbel vom Patienten gedreht. Auf dem genannten Hebel befindet sich eine Scala, die anzeigt, wie viel Kilogramm-Meter bei der betreffenden Stellung des Laufgewichtes in einer Umdrehung verrichtet werden. Diese Menge kann zwischen 8—20 Kilogramm-Meter variirt werden. Ein Tourenzähler gibt die Zahl der Umdrehungen an und liefert daher eine Controle der geleisteten Arbeit. Herr Gärtner hat die Kurbeldrehung deshalb gewählt, weil sie nach den Erfahrungen der Mechaniker diejenige Form der Bewegung ist, bei der ein Mensch, ohne zu ermüden, die grösste Menge von Arbeit leisten kann. In der That arbeiten Leute, die keine andere Arbeit verrichten können, am Ergostaten mit Leichtigkeit. Die Kurbeldrehung hat eben den Vortheil, dass fast alle Muskeln des Körpers und besonders die mächtige Muskulatur der Wirbelsäule und der Hüfte angestrengt wird, daher eine grosse Kraftentfaltung möglich ist. Beim Gebrauch des Ergostaten sind folgende Vorsichtsmaassregeln zu beobachten: Es soll niemals nach der Mahlzeit gearbeitet werden. Die Anzahl der Touren pro Minute darf nicht 20 überschreiten, da sonst die Athmung, die man gewöhnlich der Anzahl der Touren accommodirt, zu frequent wird und die Arbeit nicht lange genug fortgesetzt werden kann. Die Anzahl der zu verrichtenden Kilogramm-Meter muss dem Kräftezustand des Patienten angepasst und so gewählt werden, dass derselbe binnen kurzem wenigstens 100 Touren continuirlich ausführen könne. Die Arbeit werde auf mehrere Zeiten des Tages vertheilt.

Die Erfahrungen, die der Vortragende über die Wirkung dieses Apparates sammeln konnte, sind allerdings geringe. Sie beziehen sich nur auf einen Fall. Derselbe betrifft eine ausserordentlich fettleibige Dame, die schon beim Gehen dyspnoisch und beim Erklimmen von 2 Treppen ganz cyanotisch wurde. Diese Frau brachte es in wenigen Tagen dahin, täglich 2000 Touren à 12 Kilogramm-Meter, also 24000 Kilogramm-Meter Arbeit zu verrichten und hat in 19 Tagen, ohne ihre Diät in irgend einer Weise verändert zu haben, um 4 Kilogramm an Gewicht abgenommen.

Sitzung am 9. December 1887.

Vorsitzender: Herr Breisky.

Herr **Löw** stellt einen Kranken vor, dem Prof. Dittel die linke Niere entfernt hat. Patient, der früher an Urethritis und Blasenblutungen, in Folge von Catheterismus, litt, bekam vor $7^1/_2$ Monaten eine starke Schwellung der Niere, die behandelnden Aerzte diagnosticirten einen Tumor der Niere. In der That zeigte sich bei der Aufnahme ein sichtbarer, schmerzhafter, derber, wenig verschiebbarer Tumor in der Nierengegend; auch die rechte Niere war beweglich und schmerzhaft. Prof. Dittel machte einen 28 cm langen Lumbo-Abdominalschnitt und punktirte die sofort zum Vorschein gekommene Niere, wobei er auf Widerstand stiess. Nach Unterbindung und Durchschneidung des über fingerdicken Ureters, wurde der untere Pol ausgelöst; die Auslösung des oberen Pols ging wegen der zahlreichen Verwachsungen viel schwieriger vor sich. Die Untersuchung der exstirpirten Niere ergab, dass es sich wirklich um Nierensteine handle. Der Verlauf war afebril, der Harn war schon am 3. Tag nach der Operation ganz klar, die Menge desselben, die vor der Operation 3—500 ccm betrug, stieg auf 1000—1200 ccm.

Herr v. Dittel weist auf die Schwierigkeiten hin, die oft bei der Nephrectomie, nicht nur durch die Auslösung der Niere, sondern auch durch die Gefahr einer starken Blutung, selbst bei Unterbindung en masse, wie dies hier geschehen ist, entstehen und auf die nicht sehr günstigen Resultate der Nephrectomie bei Nierensteinen.

Herr Löw demonstrirt ferner einen Maulbeerstein, der unbeweglich in der Prostata eingegraben war und nur durch den hohen Schnitt entfernt werden konnte. In diesem Falle leistete das Dittel'sche Knierohr ausgezeichnete Dienste.

Herr Löw demonstrirt schliesslich ein von Billroth entferntes 50 Pfund schweres Uterusfibrom.

Herr **Kaposi**, der in der Sitzung vom 1. April d. J. (s. Nr. 16 dieser Wochenschrift) einen Fall von Mycosis fungoides vorgestellt hat, berichtet nun über das weitere Schicksal dieses Kranken. Auf die Arseninjectionen bildete sich ein Theil der Tumoren zurück, Patient verliess die Klinik und kam nach einiger Zeit auf eine andere Abtheilung, woselbst er am 2. December starb. Bei der Section fanden sich, wie an den von Herrn Zemann demonstrirten Präparaten ersichtlich, zahlreiche Metastasen in der Pleura, um die grösseren Gefässe und Bronchien, in der Leber, in den Nieren, in Knochen, im Magen und im Peritoneum. Dieser Sectionsbefund spricht entschieden für die Auffassung des Herrn Kaposi, der die Mycosis fungoides als eine Form der Sarcomatosis cutis betrachtet.

Der deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege wird seine nächstjährige Versammlung in Frankfurt a./M. abhalten und zwar in den Tagen des 13. bis 16. September unmittelbar vor der am 18. September beginnenden Naturforscherversammlung in Köln.

Die Tagesordnung, wie sie der Ausschuss in seiner, in diesen Tagen in Berlin stattgehabten Sitzung festgestellt hat, verspricht eine hoch interessante zu werden. Die Frage der Reinigung und Unschädlichmachung der städtischen Abwässer, diese für die meisten deutschen Städte zur Zeit brennendste Frage soll auf Grund der in den letzten Jahren mit den Kläranlagen in Frankfurt, Wiesbaden, Dortmund, Essen, Halle etc. gemachten Erfahrungen eingehend erörtert und sollen im Anschluss hieran die betreffenden Anlagen in Frankfurt und Wiesbaden besichtigt werden. — Ein kaum minder wichtiges Thema, das zur Verhandlung kommen wird, sind Maassregeln zur Verbesserung der Wohnungsverhältnisse der ärmeren Volksclassen. Als weitere Themata sind in Aussicht genommen die Prophylaxe der Schwindsucht, der Einfluss der neueren Ansichten und Erfahrungen über Infectionskrankheiten auf die Anlage von Krankenhäusern, Einrichtung von Fabriken nur in bestimmten Stadtheilen, die hygienischen Rücksichten bei Strassenbefestigung und Strassenreinigung u. a. — Ein Besuch in Bad Homburg und am Schlusse ein gemeinschaftlicher Besuch des Niederwalddenkmals werden den Tagen angestrengter Arbeit einen heiteren Abschluss geben.

Verschiedenes.

(Gewichtszunahme der Kinder in Ferien-Kolonien.) Dr. A. Spiess (Frankfurt a. M.) hat an 177 Mädchen im Alter von 8—14 Jahren, welche in Ferienkolonien sich befanden, eine vierwöchentliche Gewichtszunahme von durchschnittlich 1,6 kg, an 163 Knaben von 8—14 Jahren eine Zunahme um je 1,4 kg nachweisen können; 522 Knaben, welche sich nicht in Ferienkolonien befanden, zeigten in derselben Zeit eine Gewichtszunahme von nur je 0,2 kg, wie eben dieselbe Zahl schon von Quetelet als die normale Gewichtszunahme der Kinder des gedachten Lebensalters im Zeitraum von vier Wochen gefunden worden ist. Ein zwingender Beweis, dass nicht die Ferien als solche, sondern die besonderen Einflüsse der Ferienkolonien die erhebliche günstige Wirkung derselben zu Wege bringen.

(Centralbl. f. allg. G.)

Therapeutische Notizen.

(Zur Therapie des Carcinoms.) Das Carcinom steht gegenwärtig im Vordergrunde des medicinischen Interesses, nicht bloss in Deutschland, sondern auch anderwärts. In England wurde die Discussion durch eine Rede Sir James Paget's, (Brit. med. Journ., 19. November) in welcher derselbe äusserst überzeugend den Charakter des Carcinoms als einer Infectionskrankheit zu erweisen sucht, in Fluss gebracht und in Anschluss an diese wurde eine Behandlungsmethode des Carcinoms wieder hervorgezogen, die längst vergessen schien.

Prof. John Clay in Birmingham empfahl in Lancet, 27. März 1880, syrisches (Chios-) Terpenthin (Chian Turpentine) als ein mächtiges Mittel zur Heilung von Carcinom der weiblichen Sexualorgane; 4 Fälle von ziemlich vorgeschrittenem Uteruscarcinom wurden mitgetheilt, in denen geradezu überraschende Erfolge angeblich erzielt wurden. Die Dosis betrug 0,35, zusammen mit Flor. sulph. 0,25, in Pillen, alle 4 Stunden; diese Pillen mussten viele Wochen lang regelmässig genommen werden. Die krebsigen Wucherungen stossen sich dann ab und verschwinden, die Neigung zu Blutungen hört auf, die Theile werden glatt und erscheinen mit Schleimhaut überzogen, die Schmerzen lassen nach. Die Erfolge wurden von Anderen nicht bestätigt, doch erklärte dies Prof. Clay in einer zweiten Publication (Lancet, 17. December 1881) mit dem nicht mehr ungewöhnlichen Einwand, dass die benützten Präparate nicht rein gewesen seien, und theilt eine Reihe weiterer günstiger Erfahrungen mit, welche auch Fälle von Brust-, Magen- und Gesichtskrebs einschlossen. Local unterstützte C. seine interne Behandlung durch Ausspülungen mit Essig und Wasser zu gleichen Theilen und darauffolgender Insufflation von 0,6 des folgenden Pulvers: Acid. tannic. 15,0, pulv. Kohle 7,0, Cuprum sulf. 0,6.

In einer neueren Arbeit (Lancet, 19. November 1887) berichtet C. weiter über 2 Fälle von Uteruskrebs, 1 Epitheliom der Zunge, 1 Epitheliom der Nase und Gesichtes, sämmtlich mit »Chian Turpentine« geheilt.

Nachdem Prof. Clay mit so grosser Entschiedenheit an der Wirksamkeit seiner Behandlungsmethode festhält, plädiren englische Blätter dafür, dieselbe einer erneuten Prüfung, am besten in einem grossen Londoner Hospital, zu unterziehen, um sie entweder zu bestätigen, oder sie definitiv der Vergessenheit anheim zu geben.

Auch in Deutschland ist ein neues Krebsmittelchen an den Tag gebracht worden: Prof. Lucae theilt (Therap. Monatschr. Nr. 11) einen Fall von Horncancroid des Gehörganges mit (die mikroskopische Diagnose war von Prof. Friedländer gestellt worden), der durch ein Streupulver, bestehend aus Pulv. Herb. Sabin. und Alum. ust. āā zur Heilung gebracht wurde; seit jetzt 3 Jahren ist kein Recidiv erfolgt.

Prof. Voltolini, den sowohl sein »patriotisches Gefühl als seine Stellung als Redacteur einer laryngologischen Zeitschrift« veranlassen, einige Worte über das Leiden des deutschen Kronprinzen (Allg. med. Centr.-Ztg., 98. St.) zu sagen, unterlässt es bei Carcinomen nie, neben der Operation auch arzneilich einzuwirken und zwar empfiehlt er zu diesem Zwecke das schon von Rust zu Anfang dieses Jahrhunderts angewandte Decoctum Zittmanni. V. citirt zunächst einen längeren Passus aus einem Werke Rust's vom Jahre 1834, in welchem Fälle von günstiger Wirkung dieses Decoctes bei Krebs mitgetheilt werden, und führt dann aus seiner eigenen Erfahrung einen ähnlichen Fall an (Geschwulst der hinteren Rachenwand und des rechten Stimmbandes; Diagnose auf Krebs durch Ponfick gestellt; hierauf Decoct. Zittm., später Arsenik; noch heute, nach 8 Jahren, ist Patient von diesem Uebel völlig befreit). V. hält es in einem Falle, in dem »die heutige Chirurgie mit ihrer Polypragmasie selbst zugiebt, am Ende ihrer Kunst zu stehen, für eine patriotische Pflicht, an den Rath eines Mannes wie Rust zu erinnern«.

(Behandlung der Phthise durch Guaiacol.) Die günstigen Erfolge, welche Fräntzel, Sommerbrodt u. A. in der Behandlung der Phthise mit Creosot erreichten, konnte auch Sahli (Schweiz. Corr.-Bl. Nr. 20) bestätigen. Wegen der Ungleichheit der Präparate von Buchenholztheer-Creosot — oft wurde dasselbe mit dem durchaus verschiedenen Steinkohlentheer-Creosot verwechselt, — veranlasste S. statt dessen den Hauptbestandtheil des Creosotes, das Guaiacol zu verwenden. Er verordnete

Guaiacoli puriss. . .	1,0—2,0
Aqu.	180,0
Spirit. vin.	20,0.

M. D. in vitr. nigr. S. 2—3 Mal täglich 1 Kaffeelöffel bis 1 Esslöffel in einem Glas Wasser nach der Mahlzeit zu nehmen. — Oder er gab das Mittel in Fischthran, wodurch der Geschmack fast vollständig verdeckt wird.

Die Erfahrungen S.'s mit Guaiacol stimmen mit denen Fräntzel's und Sommerbrodt's über Creosot überein und werden folgendermassen formulirt:

1) Das Guaiacol mildert bei ambulanten, namentlich initialen Phthisen in der erwähnten Dosis den Hustenreiz, erleichtert die Expectoration, vermindert oft die Secretion, hebt oft das Allgemeinbefinden und den Appetit.

2) Die Toleranz für das Mittel ist keine allgemeine. Es giebt Leute, welche es erbrechen. Namentlich gilt dies für schwere, bettlägerige, stark fiebernde, tuberculöse Kranke oder sonst sehr heruntergekommene Patienten. Zuweilen erzeugt es Diarrhoe.

3) Der Geschmack und Geruch reinen Guaiacols ist angenehmer als der des Creosots.

4) Wenn das Mittel ertragen wird, so lässt man es am besten Wochen und Monate lang anwenden und man beobachtet dann nicht so ganz selten, dass die Patienten das Mittel spontan zu rühmen anfangen und es immer wieder nehmen wollen.

5) Der Gebrauch des Guaiacols ist in allen Fällen bei den erwähnten weniger schweren Phthisen indicirt, wo es sich um eine andauernde Cur handelt und nicht irgend eine acute dringende Indication, wie Stillung einer Blutung oder besonders heftigen Hustenreizes vorliegt. In diesem letzteren Falle wird man anderer Mittel, namentlich der Narcotica, nicht entbehren können.

(Zur diätetischen Behandlung des Diabetes mellitus.) Die rationelle diätetische Behandlung, welcher auf Liebermeister's Klinik in Tübingen der Diabetes mellitus seit 1872 unterworfen wird, hat zu sehr günstigen Resultaten geführt, welche von Cless (D. med. Wochenschr. Nr. 44) mitgetheilt wurden. Liebermeister gestattet fast alle aus dem Thierreich stammenden Nahrungsmittel. Nur die Leber ist ausgeschlossen wegen ihres Gehaltes an Zucker resp. an Glycogen und ebenso die Milch wegen ihres hohen Gehaltes an Milchzucker. Von vegetabilischen Nahrungsmitteln sind alle verboten, welche Zucker oder Stärkemehl in bemerkenswerther Menge enthalten. Dagegen wird gestattet — und dies ist von grosser Bedeutung wegen der erforderlichen Abwechselung im Speisezettel — grüner Salat (Lattich, Endivien, Feldsalat, Kresse, Brunnenkresse), ferner Spargel, Spinat, grüne Bohnen, Gurken, sowohl frisch mit Essig und Oel, als eingemacht

mit Essig, endlich alle Kohlarten und unter Anderem auch Sauerkraut, vorausgesetzt, dass bei der Zubereitung kein Mehl verwendet wird. Alle Arten von Brod sind verboten. Backwerke, wie sie von Bouchardat als Kleberbrod, von Prout und Camplin aus Kleienmehl, von Palmer aus Kartoffeln und von Pavy aus Mandeln und Eiern als Ersatz für das Brod hergestellt wurden, werden in der Tübinger Klinik nicht gegeben, weil sie entweder nicht genügend frei von Kohlehydraten sind, oder den Kranken weniger angenehm sind als die sonstigen erlaubten Speisen. Mit den erlaubten Nahrungsmitteln kann beispielsweise folgender Tagesspeisezettel hergestellt werden: Zum Frühstück erhält der Patient schwarzen Kaffee, 6 Eier und Butter, während des Vormittags Schinken, Ochsenmaulsalat mit 1/2 Liter Wein, zum Mittagessen Fleischbrühe mit Ei, Braten und Gemüse, im Laufe des Nachmittags schwarzen Kaffee mit kaltem Braten, am Abend endlich Fleischbrühe, Braten und grünen Salat..

L.'s Regime bezweckt also nicht den absoluten Ausschluss aller Kohlehydrate, es soll nur bei einer sonst reichlichen Nahrung die Gesammtsumme der in 24 Stunden zugeführten Kohlehydrate nicht über 10 oder höchstens 20 g hinausgehen. Cl. theilt die Krankengeschichten von 56 Fällen mit; von 49 auf obige Weise diätetisch Behandelten verschwand bei 20 der Zuckergehalt vollständig, von denen wiederum 2 als vollständig, 5 als nahezu geheilt angesehen werden konnten, 13 hatten wenigstens bei kohlehydratfreier Kost keinen Zucker im Urin; bei den übrigen ging der Zuckergehalt des Urins auf die diätetische Behandlung zurück und zwar bei weitaus den meisten in sehr bedeutendem Grade.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 12. December. Durch Verfügung des Präfecten vom 15. November ds. Js. ist die Commune Messina nach gänzlichem Erlöschen der Cholera für gesund erklärt worden.

— In Rio de Janeiro herrscht seit August vor. Js. eine Pocken-Epidemie, welcher (vom 3. August 1886 bis 21. October 1887) nicht weniger als 3030 Menschen zum Opfer fielen; von je 100,000 Einwohnern starben innerhalb 14 1/2 Monaten ca. 860 an Pocken. Die grösste Höhe erreichte die Epidemie im August ds. Js., in welchem Monat täglich 22 Personen den Pocken erlagen.

— Unter dem Namen Phönix erscheint vom nächsten Jahre an ein neues Organ für Verbesserung des Bestattungswesens und Zulassung der Feuerbestattung, herausgegeben von den Feuerbestattungs-Vereinen zu Darmstadt, Frankfurt a. M., Heidelberg, Ober-Ingelheim und Wien.

(Universitäts-Nachricht.) **Breslau.** Privatdocent Dr. O Rosenbach wurde zum Primärarzt der inneren Abtheilung des Allerheiligen-Hospitales gewählt. — **Halle.** In der Sitzung der Königlichen Wissenschafts-Societät zu Upsala vom 25. November ist Geheimrath R. v. Volkmann zum ausländischen Mitglied ernannt worden. — **Wien.** Dem Privatdocenten der Augenheilkunde Dr. Wilh. Czermak in Graz wurde die Venia legendi für Wien ertheilt. — **Würzburg.** Geheimrath Prof. v. Scanzoni ist um seine Pensionirung eingekommen. Er würde mit Schluss dieses Semesters seine Lehrthätigkeit einstellen. Prof. Scanzoni (Friedr. Wilh. Scanzoni von Lichtenfels) ist geboren am 21. December 1821 zu Prag und gehört seit 1850 der hiesigen Hochschule an. — **Zürich.** Mit diesem Semester wurden das hygienische und pharmakologische Institut eröffnet, beide neben dem chemischen Laboratorium der Universität untergebracht, im alten Chemiegebäude des Polytechnicums, das zum Theil zweckentsprechend umgebaut wurde.

(Todesfälle.) In der Nacht vom 7. auf den 8. December ist in Wien der Professor der Anatomie an der Wiener Universität, Hofrath Dr. Karl Ritter Langer v. Edenberg im Alter von 68 Jahren aus dem Leben geschieden. L. war im Jahre 1819 in Prag geboren. Im Jahre 1844 kam L. als Assistent nach Wien, von wo er 8 Jahre später als Professor der Zoologie nach Pest berufen wurde und dort mehrere Arbeiten über Gefässsysteme der Thiere, insbesondere der Weichthiere, veröffentlichte. Im Jahre 1854 kehrte L. wieder nach Wien zurück, und zwar an das Josephinum, wo er volle 20 Jahre lang als Professor der Anatomie thätig war und während dieser Zeit hervorragende wissenschaftliche Werke schrieb. Nachdem Hyrtl von seiner Lehrkanzel abberufen worden, kam — im Jahre 1874 — L. an dessen Stelle als ordentlicher Professor der Anatomie an der Universität.

In Berlin ist am 7. December der Geh. Sanitätsrath Dr. Moritz Michael Eulenburg gestorben. Die ärztliche Welt Berlins verliert in dem Hingeschiedenen eines ihrer ältesten und angesehensten Mitglieder. Ein Sohn des Verstorbenen ist der in Berlin bekannte Professor der Nervenheilkunde Dr. Albert Eulenburg.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Functionsübertragung. Dem Oberarzte der chirurgischen Abtheilung des städtischen allgemeinen Krankenhauses zu Augsburg, Dr. August Schreiber, wurde die Function eines Mitgliedes des Kreismedicinalausschusses für Schwaben und Neuburg übertragen.

Ernannt. Dr. Demetz zum I. Hilfsarzte der Kreis-Kranken- und Pflegeanstalt zu Frankenthal.

Versetzt. Der Bezirksarzt Dr. Christian Lutz in Hersbruck auf Ansuchen als Landgerichtsarzt nach Augsburg.

Erledigt. Die Bezirksarztesstelle I. Cl. zu Hersbruck. Die Stelle eines II. Hilfsarztes an der Kreis-Irren-Anstalt Klingenmünster.

Wohnsitzverlegung. Dr. Abraham Marcuse in Stadtlauringen, unbekannt wohin.

Ausgewandert. Dr. Frank von Albersweiler nach Strassburg.

Niederlassungen. Dr. N. Krebs in Aibling; Dr. Karl Römer aus Kaiserslautern (approb. 1886) als Augenarzt zu Aschaffenburg; Dr. Philipp Heinlein zu Albersweiler; Dr. Valentin Mendel zu St. Ingbert.

Verabschiedet. Assistenzarzt I. Cl. Wilh. Meyer des 4. Inf.-Reg.; Assistenzarzt II. Cl. Dr. Edelbrock des Beurlaubtenstandes (Aschaffenburg) behufs Uebertritts in k. preuss. Militärdienste.

(Baden.)

Niederlassungen und Wohnortswechsel. Dr. Albert Gutkind, appr. 1887, hat sich in Mannheim, Dr. Carl Götz in Eberbach, Dr. Wilhelm Paul in Todtnau, Dr. Burkhardt in Zell am Harmersbach, Dr. Jakob Wolff in Badenweiler, Dr. Max Sieber in Liedolsheim, A. Karlsruhe, Dr. Albert Fuhr, appr. 1886 in Oppenau, Dr. Werner, appr. 1885, in Heidelberg, Dr. v. Babo, appr. 1886, in Karlsruhe, Dr. H. Stade, appr. 1886, in Krautheim, Dr. Iman. Kirn in Pforzheim als homöopathischer Arzt, Dr.Georg Eberle in Bobstadt, Grossh. Hessen, appr. 1885, in Breisach, Dr. Max Rosenberg, appr. 1886, in Muggensturm, A. Rastatt, niedergelassen. Otto Gageur ist von Zell nach Vöhrenbach, A. Villingen, Oscar Schlegel von Krautheim nach Villingen, Dr. Fitt von Boxberg nach Käferthal, A. Mannheim, Wertheimer von Breisach nach Freiburg, Dr. Dreyfuss von Muggensturm nach Baden gezogen. Dr. Mays ist von Weinheim, Dr. Grether von Karlsruhe weggezogen. Dr. Schinzinger ist aus der Stelle als Assistenzarzt des städtischen Krankenhauses zu Konstanz ausgetreten, an seine Stelle trat Arzt Ramsperger. Oberstabsarzt Dr. Salzmann hat sich in Bruchsal zur Praxis angemeldet.

Todesfälle. Konstantin Keller zu Külsheim, A. Wertheim, und Stabsarzt a. D. Dr. Friedr. Wölfel in Berghausen, A. Durlach.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 48. Jahreswoche vom 27. Nov. bis incl. 3. Dec. 1887.

Bevölkerungszahl 262,000.

Zymotische Krankheiten: Pocken — (—*), Masern und Rötheln 1 (1), Scharlach 2 (2), Diphtherie und Croup 4 (1), Keuchhusten — (1), Unterleibstyphus 3 (1), Flecktyphus — (—), Asiatische Cholera — (—), Ruhr — (—), Kindbettfieber — (—), andere zymotische Krankheiten 1 (2).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 126 (127), der Tagesdurchschnitt 18.0 (18.1). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 24.4 (24.6), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 15.6 (16.0), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 14.7 (14.9).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Sterblichkeit der Vorwoche.

Literatur.

(Der Redaction zur Recension eingegangen.)

Kobert, Dr. Rud., Compendium der praktischen Toxicologie zum Gebrauche für praktische Aerzte und Studirende. 2. Aufl. Stuttgart 1887. 4 M.

Villaret, Dr. A., Handwörterbuch der gesammten Medicin. Zwei Bände. 3. u. 4. Lfg. Stuttgart 1887.

Wesener, Dr. Fr., Recepttaschenbuch der Freiburger Poliklinik. Freiburg i. Br. 1 M.

Wiethe, Dr. Th., Wiener Recept-Taschenbuch. Wien 1888. 4 M. 80 pf.

Holländer, L. H., Prof. Dr. med., Die Extraction der Zähne. Dritte umgearb. Auflage. Leipzig 1888. 2 M. 50 pf.

Deutsche Chirurgie. Liefg. 50 b. Prof. Dr. Th. Kocher: Die Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane. Mit 174 in den Text gedruckten Figuren. Stuttgart 1887. 17 M.

Verlag von Jos. Ant. Finsterlin in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.